

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**DILEMAS DA VIDA: TRAJETÓRIAS DE ENFRENTAMENTO DIANTE DA
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA E INVOLUNTÁRIA DA GESTAÇÃO**

TASSIANA GUERZET GROUIOU GASPERAZZO

Vitória, ES

Agosto, 2015

TASSIANA GUERZET GROUIOU GASPERAZZO

DILEMAS DA VIDA: TRAJETÓRIAS DE ENFRENTAMENTO DIANTE DA
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA E INVOLUNTÁRIA DA GESTAÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha.

TASSIANA GUERZET GROUIOU GASPERAZZO

**DILEMAS DA VIDA: TRAJETÓRIAS DE ENFRENTAMENTO DIANTE DA
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA E INVOLUNTÁRIA DA GESTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 20 de Agosto de 2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Orientadora

Profa. Dra. Fabiana Pinheiro Ramos
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Profa. Dr. Paulo Rogério Meira Menandro
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

*"Toda mulher leva
um sorriso no rosto
e mil segredos no coração."
(Clarice Lispector)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele seria impossível a concretização deste trabalho;

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha, pela atenção e carinho durante esse período;

Às professoras Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss e Profa. Kely de Paula por toda atenção e assistência gentilmente prestadas;

Às mulheres corajosas que aceitaram participar desta pesquisa e, mais que isso, que abriram as portas dos seus lares e dos seus corações para mim;

A todas as pessoas que me ajudaram nesse processo me indicando participantes, o que significou uma atitude de valor inestimável para que essa pesquisa pudesse ser realizada;

À CAPES pelo auxílio financeiro (bolsa de Mestrado) que permitiu a realização deste trabalho;

A minha mãe por estar sempre ao meu lado me dando apoio e amor incondicional;

Ao meu noivo Stéfano, por toda assistência, escuta e palavras carinhosas nos momentos difíceis;

Ao meu querido e saudoso pai, Georgios, que infelizmente não pode acompanhar a concretização deste trabalho, mas que me deixou como legado o aprendizado de amor e humildade que carregarei para sempre comigo.

Sumário

Lista de Tabelas	vii
Resumo	xi
Abstract	xii
Apresentação	13
Introdução	15
Interrupção da Gestação.....	15
Interrupção involuntária da gestação (IIG).	17
Interrupção voluntária da gestação (IVG).	20
Enfretamento (<i>Coping</i>): Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos	25
<i>Coping</i> religioso/espiritual.	32
O <i>Coping</i> no Contexto da Interrupção da Gestação.....	34
<i>Coping</i> diante da Interrupção Involuntária da Gestação (IIG).	35
O <i>Coping</i> no contexto da Interrupção Voluntária da Gestação (IVG).	37
Objetivos e Hipótese Inicial	39
Método	40
Participantes.....	41
Local	42
Instrumentos.....	43
Protocolo de caracterização da amostra.	43
Roteiro de entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”.	43
Instrumentos de avaliação do coping.	43
Procedimentos.....	44
Processamento e Análise dos Dados.....	45
Avaliação Ética de Riscos e Benefícios	50
Resultados	51
Dados do Perfil Sociodemográfico	51
Dados de Análise do Processo de Enfrentamento (<i>Coping</i>) das Participantes	53
Dados de análise do enfrentamento pelo Inventário COPE.	54

Dados comparativos de análise individual e de grupo entre indicadores do processo de enfrentamento obtidos pela entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação” e Inventário COPE.....	55
Dados de Análise da Entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”: Aspectos Cognitivos (Percepções) e Emocionais (Sentimentos)	60
Discussão	71
Considerações Finais	93
Referências	96
Apêndices.....	105
Apêndice A	105
Apêndice B	107
Apêndice C	108
Apêndice D	109
Apêndice E.....	110
Apêndice F.....	111
Anexos.....	112
Anexo I	112
Anexo II	116

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Dados do Protocolo de caracterização da amostra</i>	51
Tabela 2. <i>Dados de grupo da análise das Estratégias de Enfrentamento (EE) no relato das participantes dos grupos IIG e IVG pela entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”</i>	55
Tabela 3. <i>Dados comparativos individuais entre as Estratégias de Enfrentamento (EE) mais pontuadas pelo Inventário COPE e pela entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”</i>	58
Tabela 4. <i>Números de relatos das participantes do grupo IIV por categorias (N=10)</i>	60
Tabela 5. <i>Números de relatos das participantes do grupo IVG por categorias (N=05)</i>	65
Tabela 6. <i>Dados individuais e de grupo das Estratégias de Enfrentamento (EE) obtidas pelas participantes através do Inventário COPE (N=15)</i>	111

Listade Figuras

<i>Figura 1. Definição das estratégias de enfrentamento (coping), segundo a Abordagem Disposicional de C.S Carver e colaboradores</i>	<i>30</i>
<i>Figura 2. Medianas das Estratégias de Enfrentamento (EE) utilizadas pelas participantes de cada grupo IIG e IVG.....</i>	<i>54</i>
<i>Figura 3. Dados individuais socioeconômicos e psicossociais das participantes do grupo IIG (N = 10).....</i>	<i>109</i>
<i>Figura 4. Dados individuais socioeconômicos e psicossociais das participantes do grupo IVG (N=5).....</i>	<i>110</i>

Lista de Apêndices

Apêndice A. <i>Termo de Livre Consentimento Esclarecido</i>	105
Apêndice B. <i>Protocolo de caracterização da amostra</i>	107
Apêndice C. <i>Roteiro de entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”</i>	108
Apêndice D. <i>Dados individuais socioeconômicos e psicossociais das participantes do grupo IIG</i>	109
Apêndice E. <i>Dados individuais socioeconômicos e psicossociais das participantes do grupo IVG</i>	110
Apêndice F. <i>Dados individuais e de grupo das Estratégias de Enfrentamento (EE) obtidas pelas participantes através do Inventário COPE (N=15)</i>	111

Lista de Anexos

Anexo I. <i>Inventário COPE</i>	112
Anexo II. <i>Parecer consubstanciado do CEP</i>	116

GASPERAZZO, Tassiana Guerzet Grouiou (Agosto, 2015). *Dilemas da vida: trajetórias de enfrentamento diante da interrupção voluntária e involuntária da gestação*. Dissertação de Mestrado apresentado para Defesa. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. 118 pp.

Resumo

Como prática condenada legalmente, o aborto é tema polêmico que abrange questões econômicas, sociais, culturais, políticas, éticas e religiosas. O aborto inclui também questões pessoais próprias da mulher que vivencia a situação de interrupção, voluntária ou involuntária, da gravidez, quando precisa lidar com conflitos psicológicos decorrentes dessa experiência. Diante dessa problemática, o objetivo desta pesquisa foi estudar o enfrentamento (*coping*) feminino frente à vivência da interrupção voluntária e involuntária da gestação. Especificamente, foram investigadas possíveis associações entre o perfil de enfrentamento (*coping*), o uso de *coping* religioso e as percepções e sentimentos femininos sobre esta vivência, comparando as situações de interrupção voluntária e involuntária da gestação. Com delineamento descritivo e método de amostragem por indicação, foram selecionadas e entrevistadas no total 15 mulheres, sendo 10 mulheres que vivenciaram a interrupção involuntária da gestação (IIG) e 5 com experiência de interrupção voluntária da gestação (IVG). Depois de assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todas as participantes responderam ao Inventário COPE, para avaliar o perfil de enfrentamento frente a situações de estresse, e foram entrevistadas usando o roteiro “*Revivendo a experiência da interrupção da gestação*”, elaborado para pesquisa com o objetivo de identificar percepções e sentimentos pessoais sobre a vivência, além do uso de *coping* no enfrentamento da situação. Os dados do inventário foram processados com base nos 15 tipos de estratégias de *coping* que o instrumento propõe; e os dados das entrevistas analisados pela metodologia de análise de conteúdo e análise do discurso de Bardin, de acordo com as seguintes categorias: a) Contexto da gestação; b) Vivência do processo de interrupção; c) Modo de enfrentamento. Além disso, os relatos das participantes nas entrevistas foram analisados com base nas 15 categorias do Inventário COPE e nos dados de *coping* obtidos pelo Inventário. Com o intuito de encontrar possíveis semelhanças e diferenças no tipo de enfrentamento obtido por cada instrumento, os dados dos grupos IIG e IVG foram comparados. No geral, por meio da entrevista foi observado que a vivência da interrupção da gestação se relaciona a percepções diversas. Relatos sobre a relação da participante com seu parceiro, com apoio emocional percebido e sentimentos negativos, como raiva, tristeza e culpa, foram os mais frequentes. Além disso, foi observado que o *coping* religioso foi utilizado em ambos os grupos, quando busca de conforto e do significado da situação foram as categorias mais frequentes. Relacionadas às estratégias de *coping*, foram encontradas diferenças entre as mulheres do grupo IIG e IVG, sendo que em ambos os grupos a *Busca de suporte por razões emocionais* foi um dos tipos de *coping* mais frequente, com medianas de 14,5 e 12,1 para IIG e IVG respectivamente. Discute-se que o enfrentamento da interrupção pode estar relacionado ao significado atribuído pela mulher à gestação, ao apoio recebido do seu parceiro e familiares, assim como recursos de enfrentamento religioso e um estilo de *coping* engajado, com estratégias ativas que significam compromisso e envolvimento da mulher com seu processo de enfrentamento.

Palavras-chave: 1) interrupção da gestação; 2) *coping*; 3) fé/religiosidade.

Abstract

As a legally condemned practice, abortion is a controversial topic that involves economic, social, cultural, political, ethical and religious issues. The abortion also include the personal issues of woman who experience abortion situations (spontaneous or induced), when she has to deal with the psychological conflicts arising from it. Faced with this problem, this research aimed to study the coping strategies of women to deal with spontaneous and induced abortion. Specifically, we investigated possible associations between coping profile, religious coping and the perceptions and feelings that women had about her experience, comparing the situations of spontaneous and induced abortion. Using a descriptive research design and sampling participants by indication, a total of 15 women were selected and interviewed, 10 of those were women who had experienced spontaneous abortion and 5 had experienced induced abortion. All participants answered the COPE Inventory, to assess the coping profile to deal with stressful situations, and were interviewed using the script "Reliving the experience of pregnancy interruption", to identify perceptions and feelings about the experience, besides the use of religious coping. Inventory data were processed, based on the 15 types of coping strategies that this instrument proposes; and interview data were analyzed using the methodology of content analysis, based on Bardin, according to the following categories: a) Context of pregnancy; b) Experience of the abortion process; c) Coping ways. In addition, women's verbal report from the interviews were analyzed based on 15 categories of COPE Inventory compared to coping data from the Inventory. In order to search similarities and differences on data coping from each instrument, data were compared between spontaneous abortion and induced abortion groups. Overall, through the interviews we observed that the abortion experiences were related to various perceptions. The participants' reports related to their relationship with partners, perception for emotional support, and negative feelings, such as anger, sadness and guilt were more frequent. Furthermore, it was observed that religious coping was used for both groups, when "search for comfort" and "give meaning to the situation" were more often. Coping strategies differences were identified between the two groups, and in both groups the "Search for emotional support" was one of the most frequent type of coping, with medians of 14.5 and 12.1 for the spontaneous and induced abortion groups, respectively. It is argued that coping face to abortion can be related to the meaning attributed to pregnancy by women, and the support received from their partners and family, as well as the religious coping resources and the engaged coping style with active coping strategies, that mean a women's commitment and involvement in her coping process.

Keywords: 1) abortion; 2) coping; 3) spirituality/religiosity.

Apresentação

A interrupção da gestação ou aborto é tema polêmico que perpassa questões econômicas, sociais, culturais, éticas, religiosas e políticas que envolvem a mulher que o vivencia (Borsari, Nomura, Benute, Lúcia, Francisco & Zugaibi, 2013). Considerando que atualmente a prática do aborto é crime no Brasil, sendo liberada apenas por permissão judicial em casos específicos como estupro, incesto, anencefalia fetal e risco de vida para a gestante (Borsari et al. 2013), a vivência de uma interrupção da gestação, quer seja voluntária ou involuntária, acarreta para a mulher implicações físicas, psíquicas e sociais (Marques & Barreto, 2013).

Nesse contexto, devemos considerar diversas questões que variam desde a criminalização da prática do aborto induzido, até o luto que a mulher vivencia no caso do aborto espontâneo. Na primeira situação, as mulheres se veem obrigadas a lançar mão de recursos clandestinos para interromper a gestação, como o uso de medicamentos comprados ilegalmente ou procedimentos invasivos praticados por pessoas leigas que as expõem a riscos como infecções, infertilidade e até mesmo ao óbito. Já no segundo caso, o aborto espontâneo representa um acontecimento trágico, especialmente para as mulheres que idealizaram o feto como uma criança amada, o fim da gestação é equivalente à perda de um bebê provocando, muitas vezes, o enlutamento da mulher. Em ambos os casos, as mulheres têm que lidar com o luto pela perda da gestação, que faz com que ela e sua família ingressem em um processo de enfrentamento do estresse decorrente da situação, permeado por questionamentos diversos e sentimentos de culpa que trazem como consequência grave sofrimento psíquico (Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2011).

Diante dessa realidade, é importante discutir as questões relacionadas a essa situação que, além de colocar a mulher em condição de vulnerabilidade física e psicossocial, é fundamentada em valores morais e crenças que, em geral, resultam em dilema existencial: o questionamento sobre sua responsabilidade na ocorrência do aborto,

sobre a autonomia do seu direito reprodutivo e sobre o direito à vida do nascituro. Dado esse contexto, a compreensão da vivência do aborto é imprescindível e pode subsidiar a reflexão sobre que medidas e dispositivos devem ser planejados para o acolhimento à mulher em situação de abortamento, motivação principal para realização desse trabalho.

O tema do aborto surgiu em minha trajetória acadêmica durante o período da Graduação em Serviço Social na Universidade Federal do Espírito Santo, onde discussões sobre gênero me suscitavam reflexões a respeito da condição da mulher na sociedade e suas questões reprodutivas. Nesse contexto, minha principal inquietação era o fato de que a discussão sobre o tema do aborto sempre ocorria pautada em bases de cunho social, sem considerar a importância das questões subjetivas femininas relacionadas intrinsecamente ao contexto social da mulher. Dessa forma, a opção pelo aborto como tema de pesquisa em meu Mestrado se pautou no interesse de estudar a mulher como sujeito de direito e de desejos diante da sua saúde reprodutiva, assim como da saúde pública. Sendo assim, busquei considerar, sobretudo, os aspectos subjetivos relacionados ao aborto, como as percepções e sentimentos femininos experimentados no processo de enfrentamento da situação de abortamento, em consonância com abordagem teórica e metodológica que me permitisse compreender mais amplamente este processo à luz de variáveis psicológicas, como o *coping* e o *coping* religioso.

Introdução

Interrupção da Gestação

A gestação é um período de transformação biológica, social e pessoal vivenciada pela mulher e que a aproxima dos sentimentos e significações que residem no íntimo da natureza humana. Enquanto para algumas mulheres essa experiência é vivida de forma gratificante, para outras é um evento traumático ou até mesmo um infortúnio. Os fatores que determinarão a forma como a mulher vivência esse momento estão relacionados à sua personalidade, ao apoio oferecido pelo seu companheiro, familiares e amigos, além dos seus desejos e projetos de maternidade (Bayle & Martinet, 2008). Além disso, é importante ressaltar que cada gestação é única e que cada mulher reage à sua maneira aos acontecimentos fisiológicos da gravidez (Meireles & Costa, 2005).

O significado da gestação é passível de mudanças de acordo com o contexto histórico-cultural e, em geral, costuma ser bastante significativo para a mulher e para a sociedade. Entretanto, nem sempre o significado atribuído pela sociedade é compatível com o que a mulher vivencia subjetivamente, sobretudo porque a forma como a sociedade olha para a mulher grávida pode afetar profundamente a experiência feminina relativa à gestação (Meireles & Costa, 2005). Sá (2001) discorre sobre a gestação como um período crítico na vida da mulher e pontua duas situações distintas. A primeira quando “*a gravidez na cabeça antecede a gravidez uterina*” (p. 23), referindo-se ao desejo da mulher em engravidar ou situações de insucesso com abortamentos sucessivos; a segunda é quando “*a gravidez uterina antecede a gravidez na cabeça*” (p. 23), se referindo à gestação não desejada.

Quando desejada, a notícia da gestação é motivo de alegria para a mulher, já que, para maioria delas, significa a confirmação de um propósito de vida. No entanto, nem sempre a gestação culmina na chegada de um filho, podendo ser abruptamente interrompida por um abortamento (Ferreira, 2012). Além disso, existem casos em que a

notícia de uma gestação não é recebida com alegria e a mulher, ao se deparar com uma gestação indesejada, encontra na interrupção da gestação a única solução para essa questão (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006; Borsari et al., 2013). Dessa forma, segundo Souza, Diniz, Couto & Gesteira (2010) as condições em que a mulher engravidou, o planejamento da gestação e a sua situação socioeconômica são fatores determinantes para que ela decida interromper ou não voluntariamente uma gestação.

Nesse contexto de discussão, faz-se importante ainda diferenciar alguns termos a partir da sua definição. Assim, enquanto entende-se por aborto o produto resultante do processo de interrupção da gestação; o abortamento¹ se refere à interrupção propriamente dita, que pode ocorrer de forma involuntária ou voluntária. A interrupção voluntária da gravidez (IVG²) é definida quando o abortamento é causado por uma ação humana intencional, enquanto que a interrupção involuntária da gravidez (IIG) ocorre de forma natural ou acidental (Rebouças & Dutra, 2011). Independente da sua causa ou natureza, a interrupção de uma gestação repercute em uma experiência multidimensional, pois é uma experiência que resulta na vivência de importantes significações e implicações emocionais intimamente relacionadas às características de personalidade e experiências prévias de cada mulher. Fatores como relações interpessoais, crenças religiosas, contingências de vida e o ambiente social, cultural e legal têm influência sobre a vivência da interrupção da gestação (Sereno, Leal & Maroco, 2012). Seja de forma espontânea ou provocada, a interrupção da gestação é um evento que afeta a mulher de maneira profunda, trazendo-lhe consequências físicas, psicológicas e sociais (Marques & Barreto, 2013).

¹De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a interrupção da gestação ou abortamento é definido como a expulsão do concepto com peso inferior a 500 g, com cerca de 20-22 semanas completas de gestação, sendo considerado precoce quando ocorre antes da 13ª semana, e tardio, quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semana da gestação (Brasil, 2010).

² No presente estudo, os termos abortamento espontâneo e abortamento induzido serão tratados como sinônimos dos termos interrupção involuntária da gravidez (IVG) e interrupção voluntária da gravidez (IVG), respectivamente.

Interrupção involuntária da gestação (IIG).

A Interrupção Involuntária da Gestação (IIG) é considerada um evento relativamente comum, ocorrendo entre 12% a 24% das gestações (Brasil, 2010). Entretanto, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (2013), sabe-se que muitas gestações são interrompidas ainda nas primeiras semanas, o que dificulta a estimativa destes dados devido ao fato de, muitas vezes, nem as próprias mulheres reconhecerem que estariam grávidas. Esses casos são denominados abortos subclínicos ou precoces e ocorrem até a 4ª semana de gestação. Considerando as perdas de gestações subclínicas ou não diagnosticadas, as taxas de IIG seriam ainda maiores, podendo chegar a 30% (OMS, 2013).

A ocorrência deste tipo de perda gestacional acontece, muitas vezes, de forma inesperada e imprevisível, frequentemente em gestações sem intercorrências clínicas, o que agrava o impacto da notícia da morte do feto e acentua dificuldades para a mulher aceitar o evento. Dessa forma, a perda gestacional pode se caracterizar como um evento potencialmente traumático, causando reações intensas que, quando acentuadas, podem requerer atenção clínica (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

Apesar de ser um desfecho obstétrico relativamente simples sob perspectiva epidemiológica, para a maioria das mulheres a IIG se caracteriza como um acontecimento trágico, pois significa a perda de um filho (Gutiérrez, Durán, Trujillo & Trevino, 2013). Em especial, para mulheres que reconheceram o feto como uma pessoa real ou uma criança amada, a IIG pode ser equivalente à perda de um filho (Séjourné, Callahan & Chabrol 2010; Meireles & Costa, 2005). Deste modo, ao perder um filho, é natural que os pais se envolvam em um processo de luto que inclui sentimentos de culpa, quando ficam mais vulneráveis a pensamentos obsessivos acerca da morte da criança como tentativa de encontrar uma razão para o acontecido (Leal, 2005). No caso da IIG, esses sentimentos de culpa são socialmente mal compreendidos, o que faz com que não se reconheça

devidamente a perda e o luto da mulher, não permitindo que ela receba o apoio necessário do seu parceiro, familiares, e também dos profissionais de saúde (Séjourné et al., 2010). Tais profissionais podem, ainda, transmitir para mulher a mensagem de que seu luto é desnecessário, dificultando ainda mais esse processo e a superação do sofrimento iminente deste tipo de situação (Zeferino & Furegato, 2013).

A desvalorização do evento, considerado pouco significativo pela sociedade, aliado à falta de informação de como apoiar a mulher nesta situação, são fatores que geram a negação do luto, fazendo com que muitas mulheres vivenciem um luto incluso ou não autorizado (Gesteira et. al., 2006; Zeferino & Furegato, 2013). Este tipo de luto é ainda caracterizado pela inexistência de rituais fúnebres, devido à não compreensão social da existência de uma perda real (Nazaré et al. 2010; Gesteira et al, 2008; Ralph, Gould, Baker & Foster, 2014; Zeferino & Furegato, 2013). O luto é um processo importante de adaptação às perdas, que tem como objetivo encontrar alguma esperança, conforto ou significado para a morte da pessoa querida (Canavarro, 2006; Dias, Coutinho & Duarte, 2012). Corresponde a um conjunto variado de sentimentos e comportamentos que normalmente se verificam após uma perda. Por meio do luto aprendemos a lidar com a morte e com o sofrimento por ela gerado.

O período de dor e sofrimento referente ao enlutamento é algo natural e deve ser encarado como saudável e necessário para o enlutado (Canavarro, 2006). Especialmente para a mulher que sofre uma IIG, confrontar-se com essa situação e encarar as mudanças causadas nesse processo é uma etapa necessária para que o processo de luto seja bem sucedido (Nazaré et al., 2010; Dias et. al., 2012). A ausência do luto pode indiciar a presença de alguma perturbação psicológica e fazer com que com que a dor da perda e as lembranças do momento do abortamento permaneçam presentes, quando são comuns relatos de pesadelos com lembranças melancólicas no aniversário da morte do feto, por exemplo (Zeferino & Furegato, 2013).

Ademais, além do sofrimento pela morte de um filho por vezes planejado e desejado, a perda gestacional abrange perdas secundárias adicionais que intensificam o sentimento de luto, como a perda da identidade social (inclusão ou exclusão no grupo de amigos com filhos), as expectativas e sonhos frustrados em relação à gravidez, o sentimento de segurança abalado, e a perda da autoestima e da crença de controle do próprio corpo (Callister, 2006; Benute, Nomura, Pereira, Lúcia & Zugaibi, 2009). No processo de elaboração do luto, as reações e os significados atribuídos à perda estão relacionados a outros aspectos, tais como as atitudes e expectativas face à gravidez e à maternidade, assim como as experiências de vida da mulher e o apoio familiar e social por ela percebido (Canavarro, 2006; Gutiérrez et al., 2013).

As consequências de uma IIG para a mulher vêm sendo estudadas com foco nos sintomas depressivos e de ansiedade decorrentes. Estudos de Séjourné et. al. (2010) mostram que 40% das mulheres sofrem de tristeza intensa e que de 20 a 40% experimentam ainda sintomas de ansiedade. Nesse sentido, ressalta-se a importância do apoio emocional e social após o aborto, já que o sofrimento psicológico vivenciado pela maioria das mulheres que enfrentam uma IIG pode ser amenizado quando lhes é oferecido acompanhamento psicológico, ou simplesmente uma escuta atenciosa (Séjourné et. al., 2010).

Outros efeitos psicológicos comumente vivenciados em consequência da IIG são sentimentos de culpa, pesar, perda da fé, baixa estima pessoal, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero, desamparo, sintomas físicos, como frieza, tonturas, e tremores em casos mais graves; além de rejeição pelo parceiro e até mesmo impulsos suicidas (Zeferino & Furegato, 2013; Mariutti & Furegatto, 2010). Além disso, a IIG também pode acarretar sentimentos de desajuste na mulher em relação ao seu corpo, o que, de acordo com Ferreira (2012), pode gerar medos e ansiedade que irão acompanhá-la em gestações futuras. Estudos deste autor comprovam que são comuns relatos de

mulheres que passaram pela experiência de IIG e depois que engravidam vivem o primeiro trimestre da gestação extremamente tensas. Deste modo, a vivência da IIG expõe a mulher a uma condição de vulnerabilidade física e psicológica, demandando dela investimento em estratégias de enfrentamento resolutivas para lidar com a situação (Nazaré et al., 2010).

Interrupção voluntária da gestação (IVG).

A interrupção voluntária da gestação (IVG) é questão polêmica que abrange aspectos econômicos, sociais, culturais, políticos, éticas e religiosas. Considerada como prática comum, a interrupção da gestação é registrada em 60% das sociedades documentadas até os dias atuais, podendo ser exercida através de procedimentos e rituais diversos. Os métodos utilizados para interrupção variam de acordo com a época e a sociedade, sendo inclusive aceitos como forma de contracepção em determinadas civilizações (Boltanski, 2012). Segundo Rosado-Nunes (2006), a partir da ascensão do Cristianismo o entendimento sobre a prática da IVG foi se modificando gradativamente em razão da concepção sobre a vida autônoma do feto.

De acordo com grande parte dos teólogos da Idade Média, interromper a gestação não seria pecaminoso, uma vez que não atentaria contra a vida de uma pessoa. Entretanto, naquele mesmo momento histórico, inicia-se o debate acerca do início da vida, prevalecendo a teoria do filósofo Tomás de Aquino, segundo a qual interromper uma gestação seria criminoso apenas quando o feto estivesse completamente formado. Deste modo, a mulher seria isenta de culpa e pecado quando a interrupção fosse realizada até oitenta dias após a concepção, sob o argumento que até esse momento o feto não seria dotado de alma (Rosado-Nunes, 2006). Tempos depois, em 1869, a Igreja Católica declara que o feto possui alma desde o momento da concepção e passa a condenar não apenas a interrupção da gestação, como também os métodos contraceptivos (Rebouças & Dutra, 2011), postura que prevalece até os dias atuais. No século XVIII, com os avanços da

Medicina e a ascensão dos Estados Nacionais, inicia-se a valorização da vida do feto, com vistas a garantir um futuro trabalhador ou soldado. Apesar do posicionamento da Igreja Católica e devido à pouca relevância social e político-econômica do feto, a gestação era considerada algo exclusivo do universo feminino e a decisão pela sua interrupção compreendida como uma questão que respeitasse apenas à mulher (Segre, 2006).

Nessa perspectiva, o contexto sócio-histórico e cultural reflete, em cada período, estatísticas maiores ou menores dessa prática. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), metade das gestações é indesejada e uma em cada nove são interrompidas voluntariamente (Brasil, 2010). Na América Latina, estima-se que ocorram anualmente 18 milhões de gestações, sendo que, destas, 52% não foram planejadas e 23% são interrompidas de alguma maneira. No Brasil, calcula-se a ocorrência de mais de um milhão de interrupções de forma insegura por ano (Brasil, 2010). De acordo com estudo realizado por Martins-Melo et al. (2014) com dados obtidos por meio do Sistema de Informação Hospitalares do Ministério da Saúde, estima-se no período entre 1996 e 2012 a ocorrência de 16.905.911 de interrupções de gestações de forma insegura, resultando em uma média anual de 994.465 abortamentos e uma razão de 33,2 abortos inseguros por 100 nascidos vivos. Entretanto, é necessário ressaltar que questões culturais, religiosas e legais são obstáculos aos cálculos da realidade desse tipo de abortamento no Brasil, uma vez que inibem as mulheres de declararem suas experiências relacionadas a uma IVG (Brasil, 2010).

Devido à criminalização do abortamento pelas leis brasileiras (Decreto-lei n. 2.848, 1940), as mulheres que decidem interromper a gestação submetem-se a procedimentos médicos não oficiais, realizados por pessoas sem a formação acadêmica necessária e muitas vezes em condições insalubres, o que caracteriza um abortamento inseguro ou de risco (Souza, et. al., 2010). Diferente das formas de interrupção inseguras da gestação, o aborto seguro é realizado em ambientes adequados com os profissionais e

meios necessários; enquanto o aborto de risco ou inseguro é um procedimento realizado sem as condições de higiene necessárias e por pessoas não habilitadas, colocando em risco a vida da gestante (Souza et al, 2010).

De acordo com Gesteira et. al. (2008), a ilegalidade da prática do aborto implica de forma direta na sua clandestinidade e na má qualidade da assistência prestada à mulher. Estas autoras salientam que ao buscar o atendimento médico adequado, as mulheres que interrompem a gestação se deparam com uma prática discriminatória por parte dos profissionais de saúde, que ainda entendem a interrupção como um ato criminoso e pecaminoso (Lemos & Justo, 2014). Nesse sentido, as condições em que essas mulheres engravidaram nem sequer são analisadas, quando ela é menosprezada no exato instante em que se identifica que a interrupção foi provocada, passa a ser julgada pela sociedade e atendida de forma discriminatória nos serviços de saúde (Souza et. al, 2010; Carvalho & Paes 2014a).

Segundo Mairutti & Figuerato (2013), a opção pela interrupção da gestação não se trata necessariamente de uma decisão individual da mulher, pois envolve uma série de questões relativas aos seus projetos de vida e a pressões externas, familiares e sociais. Além disso, a fragilidade dos relacionamentos afetivo-sexuais, caracterizados pela ausência, incompreensão e descaso por parte do parceiro, geram situações que podem propiciar a opção pela interrupção da gestação, com conseqüente sofrimento psíquico (Mairutti & Figuerato, 2013). Deste modo, a ausência do suporte social por parte do parceiro e do descompromisso dele com a gestação contribuem para o sofrimento da mulher, demonstrando ainda que na sociedade atual prevalece a responsabilidade feminina sobre a gravidez e o aborto (Mairutti & Figuerato, 2013). Nesse sentido, os relatos das mulheres em situação de abortamento apontam para a importância de se compreender esta situação analisando-se os fatores socioeconômicos e afetivos

envolvidos, assim como a história de vida da mulher e da sua relação com seu parceiro (Carvalho & Paes, 2014b).

Entretanto, ao interromper a gestação, a mulher não goza do direito de verbalizar seus sentimentos acerca desta vivência e muitas vezes passa pelo processo do abortamento de forma solitária, oprimida e temerosa (Gesteira et. al., 2008). Dessa forma, ao experienciar um abortamento, a mulher é profundamente afetada, vivenciando sentimentos diversos, muitas vezes negativos e/ou ambivalentes, como culpa, tristeza, arrependimento, pensamentos suicidas, perda, medo, angústia, vazio, alívio e libertação, que podem até resultar em transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão (Rebouças & Dutra, 2011). Entre as consequências psicológicas acarretadas pela interrupção da gestação, Patrão, King & Almeida (2012) apontam a Síndrome Pós-Aborto (SPA), que se caracterizaria pelo aparecimento de problemas psicológicos como uma resposta emocional negativa ao abortamento. Apesar do termo "Síndrome Pós-Aborto" não ser reconhecido por qualquer sociedade psicológica, vem sendo bastante utilizado na literatura para se referir ao estresse pós-traumático e à desordem mental relatados por mulheres após passarem pela interrupção voluntária de uma gestação (Cameron, 2010).

Assim como a Síndrome Pós-Aborto, é comum que as mulheres sofram um processo de enlutamento também após a interrupção voluntária da gestação. Em geral, entende-se como enlutamento um processo psíquico empreendido após perdas de qualquer ordem, sendo uma reação normal à ruptura de um vínculo afetivo com função de viabilizar um processo adaptativo à perda (Gesteira et. al., 2006). Após uma IVG, a mulher pode vivenciar o que se chama de "luto não autorizado", que se refere às perdas "que não podem ser abertamente apresentadas, socialmente validadas ou publicamente pranteadas" (Gesteira et. al., 2006, p.465). O luto não autorizado refere-se às perdas não reconhecidas socialmente. No caso do luto pela perda gestacional, como a morte do feto é considerada um não evento, o luto não autorizado pode ocorrer devido ao simples fato de não ter

existido um nascimento e nem uma morte convencional. O enlutamento e a Síndrome Pós-Aborto são determinados por fatores diversos, quando o luto pode estar relacionado a circunstâncias diversas em que correu a perda, a estrutura psíquica, o histórico de perdas anteriores da mulher e suas crenças culturais e religiosas (Gesteira et. al., 2006). Da mesma maneira, a intensidade e duração da Síndrome Pós-Aborto dependem de condições diversas, como o apoio social percebido, a história de vida e a personalidade da mulher (Cameron, 2010). Ambos os casos colocam a mulher em condição de vulnerabilidade física e psicológica (Marques & Barreto, 2013).

Fatores como a presença do parceiro, o desejo ou não de ter filhos, a aceitação do marido e da família acerca da gravidez, associadas a questões socioeconômicas, como condições de moradia, religião e distância do marido, são especificidades da vivência de cada mulher e determinam como cada uma irá lidar com a experiência de abortamento (Mariutti & Firegatto, 2013). Igualmente, quando a gestação é interrompida de forma legal e segura até o primeiro trimestre, são raros os casos em que a mulher apresenta reações negativas consideradas graves (Cameron, 2010). Major et al. (2009) afirmam que, quando se trata de uma gestação indesejada, não há qualquer evidência de que a IVG acarrete problemas psicológicos entre mulheres adultas que realizem o procedimento de forma legal. No entanto, a noção de que as mulheres se arrependem da sua decisão de interromper a gestação, sofrendo emocionalmente ou psicologicamente com isso, é generalizada e tem influenciado a opinião política e conseqüentemente a legislação a respeito (Kimport, Foster & Weitz, 2012).

Além disso, cada mulher atribui um significado simbólico particular para sua gestação, que varia de acordo com a sua estrutura de personalidade e associa-se à história de vida pregressa e ao momento atual de cada uma. Quando não desejada, a gestação pode ser opressiva, alterando seu senso físico e demandando a reestruturação de vários aspectos de sua vida, desde a sua relação com o parceiro e seu próprio corpo até seus planos de

vida. Em contrapartida, ao perder uma gestação desejada, a mulher também sofre alterações na sua identidade, uma vez que experimenta uma sensação de fracasso pessoal (Benutiet al., 2009). Assim sendo, deve-se sempre considerar as peculiaridades de cada mulher e de cada gestação, evitando-se generalizações e buscando as especificidades de cada processo de enfrentamento do estresse psicológico inerente a tal condição de vulnerabilidade física e psicológica.

Enfretamento (*Coping*): Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos

Com o objetivo de manejar o estresse decorrente de situações ou condições de vulnerabilidade física, psicológica ou social, como, por exemplo, a interrupção da gestação, os indivíduos utilizam estratégias de enfrentamento diversas denominadas de *coping* . O *coping* é compreendido como um “conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com exigências específicas que culminam em estresse e são avaliadas como sobrecarga aos seus recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Nesse sentido, o *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente, com a função de manejar uma situação de estresse pressupondo a avaliação e a percepção de um estressor (Lazarus & Folkman, 1984).

De modo geral, existem três enfoques teóricos de estudo do *coping* que determinam as formas de medi-lo e compreendê-lo (Kupst, 1994). Nas décadas de 60 e 70, o *coping* foi definido sob enfoque psicanalítico como um atributo estável e inconsciente do indivíduo equivalente aos mecanismos de defesa (Vaillant, 1994). Pelo menos duas décadas depois, surge novo enfoque que, com base em abordagem cognitiva de Lazarus e Folkman (1984), define o *coping* com ênfase nos comportamentos de enfrentamento e seus determinantes, quando ele passa a ser compreendido como um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, ressaltando-se o processo tanto quanto os traços de personalidade. Nessa perspectiva cognitiva, inclui-se a abordagem disposicional do *coping* de C. S.

Carver (Carver, Sheier & Weintraub, 1989; Carver & Connor-Smith, 2010), que é o referencial teórico e metodológico adotado neste estudo, apresentada a seguir.

Mais recentemente, tem-se ainda a perspectiva de estudo do *coping* denominada Teoria Motivacional do *Coping* de E. Skinner (Skinner, 1999), que enfatiza o *coping* como um mecanismo de autorregulação diante de um evento estressor (Eisenberg, Fabes & Guthrie, 1997; Skinner, 1999; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001) e compreende que o *coping* descreve como a pessoa mobiliza, modula, maneja e coordena seu comportamento, emoção e atenção, sob condição de *stress* (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009).

A abordagem cognitiva disposicional do *coping*, escolhida como referencial deste trabalho, entende esse fenômeno como os esforços cognitivos e comportamentais empregados pela pessoa para lidar com demandas específicas, externas e/ou internas, avaliadas como excedendo aos seus recursos individuais. Tais esforços teriam como função regular o estado emocional ou solucionar o problema que deu origem ao evento estressor. Mais especificamente, esta abordagem considera que o *coping* pode focar-se no problema, na emoção ou reunir ambos os esforços, sempre com um caráter disposicional, pois envolve mecanismos de autorregulação pautados em características de temperamento e personalidade (Carver & Connor-Smith, 2010).

Para esta abordagem, a autorregulação consiste em esforços individuais para regular emoções, cognições, comportamentos e até mesmo respostas fisiológicas ativadas por um estressor. Capacidades autorregulatórias são habilidades manifestadas em termos de comportamento humano através da tendência para se aproximar de objetos e situações desejáveis (por exemplo, alimentos) ou pela tendência em evitar objetos e situações indesejáveis (por exemplo, dor). Tais capacidades são promovidas por zonas distintas do cérebro, sob influência basicamente de dois sistemas motivacionais de sensibilidade para respostas individuais: o sistema de ativação e o de inibição. Ambos determinam o

comportamento em resposta ao evento estressor, sendo o sistema de ativação manifestado por comportamentos de seguir em direção a um objetivo; e o sistema de inibição manifestado por comportamentos de se esquivar de uma ameaça. Logo, uma meta pode ser percebida ora como um incentivo positivo (desafio), ora com valor negativo (danos iminentes ou ameaça), definindo, assim, se o comportamento será de aproximação ou de evitação (Carver & Connor-Smith, 2010).

Nesse sentido, a autorregulação atua com base nestes sistemas motivacionais de resposta que são mediadores no reconhecimento do indivíduo dos seus recursos disponíveis para lidar com o estressor (Compas et. al., 2001). De modo geral, através do reconhecimento destes recursos será definido se a ação do indivíduo será de aproximação ou de evitação do estressor, proporcionando assim, respostas automáticas de luta ou fuga que poderão incluir alerta emocional e fisiológico, ações impulsivas, ou uso de comportamentos escapatórios como uso de entorpecentes, por exemplo (Compas et. al., 2001).

Na abordagem disposicional do *coping*, pressupõe-se que existe relação entre *coping* e autorregulação, já que as respostas de enfrentamento das pessoas frente ao estresse têm como base seus processos autorregulatórios de controle e manejo do comportamento e emoções (Carver & Scheier, 2011). Para Carver & Scheier (2011), mecanismos de autorregulação e respostas de *coping* ocorrem conjuntamente para auxiliar a pessoa a coordenar intencionalmente ações, com interesses e objetivos diferentes e em direção a metas ao longo do tempo. Dessa forma, o *coping* será um comportamento orientado para atingir uma meta, sendo importante diferenciar os processos motivacionais de ativação e inibição, tal como explicitado anteriormente. É importante considerar que este modelo indica também que os esforços de uma pessoa podem ser determinados parcialmente por suas expectativas de obter sucesso ou de falhar, sendo importante para a compreensão do processo de enfrentamento de estressores. Questões de comprometimento

(“*engagement*”) e descomprometimento (“*desengajament*”) com metas são importantes para entender a estrutura do *coping* nessa perspectiva, já que envolvem expectativas positivas e negativas sobre o futuro (Carver & Scheier, 2011).

Nesse modelo, o *coping* focalizado no problema se caracteriza por esforços dirigidos para o estressor através de atitudes que visem solucionar ou minimizar o seu impacto; enquanto o *coping* focalizado na emoção busca minimizar o sofrimento trazido pelo estressor por meio de ações, como a busca de suporte e regulação emocional. Ambas as respostas de *coping* possuem finalidades distintas, entretanto, determinadas ações exercem dupla função, como, por exemplo, a busca de apoio emocional, que pode ser relacionada com o foco no problema a fim de proporcionar um resultado mais eficaz por meio da ajuda e/ou conselho do outro para a solução do problema em questão. Dessa forma, Carver & Connor-Smith (2010) consideram que é possível relacionar as estratégias do *coping* focalizado no problema e na emoção de forma a se complementarem, promovendo ora uma estratégia eficaz o “*coping engagement*” (*coping* engajado), ora estratégias de *coping* pouco eficazes, o “*disengagement coping*” (*coping* desengajado).

O *coping engajado* pressupõe a ideia de compromisso e envolvimento da pessoa com seu processo de enfrentamento, no sentido do uso de estratégias ativas de enfrentamento de forma intencional, como busca de apoio, regulação emocional, aceitação e reestruturação cognitiva. Ao contrário, o *coping desengajado* pressupõe o uso de estratégias como evitação, negação e ilusão, baseando-se em esforços com intenção de ignorar o estressor e fugir de sentimentos angustiantes. Este tipo de *coping*, por vezes, inclui até mesmo uma perspectiva fantasiosa que inibe reações comportamentais e emocionais e podem, inclusive, acarretar mais problemas (Carver & Connor-Smith, 2010). Diferente do *coping* engajado, o *coping* desengajado consiste muitas vezes em esforços para agir como se o estressor não existisse, de modo que o indivíduo não tenha qualquer reação comportamental, apenas reações como desengajamento mental e negação que, por

sua vez, distanciam o indivíduo do seu estressor (Carver & Connor-Smith, 2010). Dessa forma, apesar do *coping* desengajado ter objetivo de escapar do desconforto, essa forma de enfrentamento é geralmente ineficaz na redução de conflitos a longo prazo, pois não compreende qualquer ação intencional sobre a ameaça percebida. Ademais, algumas ações características de um estilo de *coping* desengajado como evasão, negação ou uso de drogas, podem ter consequências negativas, como o aumento de pensamentos intrusivos acerca do estressor, o aumento da ansiedade e consumo excessivo de álcool ou drogas, por exemplo (Carver & Connor-Smith, 2010).

A abordagem disposicional introduz ainda o conceito de estilos de *coping*, ou seja, tendências individuais para lidar com o estresse relacionadas às características de personalidade, assim como as capacidades autorregulatórias. Tais tendências ou estilos de *coping* representam formas particulares de responder a uma situação específica, ou seja, estratégias de enfrentamento específicas diante de uma situação de estresse (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Carver & Connor-Smith, 2010; Carver & Scheier, 2011). Nessa perspectiva teórica, a personalidade tem forte influência sobre vários aspectos do processo de enfrentamento, tais como as estratégias que o indivíduo deverá usar, a sua interpretação do estressor, a frequência de exposição ao estresse e também ao tipo de estressor. Para aqueles autores, é a personalidade que define essa tendência particular de responder a uma situação específica, ou seja, quais estratégias de enfrentamento específicas, com base nas capacidades de autorregulação, serão escolhidas e adotadas diante da situação de estresse.

Para compreender o *coping* sob esta perspectiva, são definidas as seguintes estratégias de enfrentamento, que pressupõem respostas emocionais e comportamentais moduladas pela autorregulação e personalidade: 1- *Coping Ativo*; 2- *Planejamento*; 3- *Supressão de atividades concomitantes*; 4- *Coping moderado*; 5- *Busca de suporte social por razões instrumentais*; 6- *Busca de suporte social por razões emocionais*; 7-

Reinterpretação positiva; 8- Aceitação; 9- Retorno para Religiosidade; 10- Foco na expressão das emoções; 11- Negação; 12- Comportamento descomprometido; 13- Desengajamento mental; 14- Humor e 15- Uso de substâncias. As definições específicas de cada uma das estratégias de *coping* acima, podem ser vistas na Figura 1 a seguir.

Estilos/Estratégias de Coping	Definição
1) <i>Coping</i> Ativo	Consiste no processo de estabelecer passos sucessivos para remover, atenuar ou melhorar os efeitos do estressor;
2) Planejamento	Representa a atividade de pensar sobre alternativas para lidar com um estressor por meio de estratégias de ação;
3) Supressão de atividades concomitantes	Caracteriza-se pela supressão de atividades que distraiam o sujeito do foco representado pelo estressor;
4) <i>Coping</i> moderado	Significa esperar uma oportunidade apropriada para a ação, restringindo a impulsividade;
5) Busca de suporte social por razões instrumentais	Configura-se pela procura por conselho, auxílio ou informações relativas ao estressor;
6) Busca de suporte social por razões emocionais	Busca por apoio moral, compaixão ou entendimento;
7) Reinterpretação positiva	Consiste em reinterpretar uma situação negativa ou tensa em termos positivos;
8) Aceitação	Corresponde, em um primeiro momento, à percepção do estressor como real e, em um segundo momento, à aceitação do estressor como um fenômeno natural;
9) Retorno para Religiosidade	É a tendência a voltar-se para a religião como forma de aliviar a tensão;
10) Foco na expressão das emoções	É a tendência em focalizar a experiência de <i>stress</i> , ventilando sentimentos negativos;
11) Negação	É a recusa em acreditar na existência do estressor, ou agir como se esse não fosse real;
12) Comportamento descomprometido	É o abandono das tentativas para atingir metas nas quais o estressor interfira;
13) Desengajamento mental	Ocorre pela utilização de atividades alternativas para afastar o problema da mente;
14) Humor	Configura-se como a estratégia de fazer graça da situação estressora;
15) Uso de substâncias	Consiste em desviar-se do problema pelo uso de substâncias psicoativas que interfiram na capacidade de avaliação das situações.

Figura 1. Definição das estratégias de enfrentamento (*coping*), segundo a Abordagem Disposicional de C.S Carver e colaboradores.

Mesmo que todas as estratégias de enfrentamento tenham como objetivo promover a adaptação do indivíduo ao estressor, algumas são características de um estilo de *coping* engajado, buscando focar-se na solução do problema; enquanto outras caracterizam um estilo de *coping* desengajado, buscando distanciar o indivíduo do estressor. Entre as estratégias de enfrentamento que podem caracterizar um estilo de *coping* engajado estão *Coping ativo, Planejamento, Busca de suporte social por razões instrumentais e Busca de suporte social por razões emocionais*, por exemplo; enquanto as estratégias *Comportamento descomprometido, Desengajamento mental, Negação e Uso de Substâncias* caracterizam um estilo de *coping* desengajado, tal como discutido anteriormente (Carver & Connor-Smith, 2010).

Sob a perspectiva disposicional, para estudo do processo de enfrentamento e análise do estilo de *coping* e suas estratégias, tem sido utilizado o “Inventário COPE” (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), proposto para estudar o enfrentamento com base nas estratégias acima mencionadas. Este inventário tem sido usado internacionalmente com versões em espanhol/Espanha, coreano/Coréia do Sul, francês/França, português/Portugal e grego/Grécia. Será adotada neste estudo uma versão adaptada para população brasileira (Mazon, Carlotto, & Câmara 2008) que mostrou boas propriedades psicométricas para estudo do *coping* em populações diversas, como profissionais de enfermagem, adolescentes e professores (Cravinho & Cunha, 2015; Colossi, Calessio-Moreira & Pizzinato, 2011; Mazon, Carlotto, & Câmara, 2008). Considera-se importante destacar que existem poucos estudos que utilizaram o Inventário COPE no contexto específico da interrupção da gestação, justificando, assim, sua utilização no presente trabalho.

É importante ressaltar que pela abordagem disposicional do *coping*, todas as estratégias de enfrentamento são consideradas adaptativas por se basearem em ações regulatórias de resposta individuais que fazem parte de um estilo de *coping*, engajado ou

desengajado, mas sempre com a função de manejar o estressor na busca do equilíbrio psíquico pós estresse diante de um evento que pode representar em dano, ameaça ou desafio ao *self* (Carver & Connor-Smith, 2010; Carver & Scheier, 2011).

***Coping* religioso/espiritual.**

O envolvimento religioso vem sendo frequentemente associado com a saúde física e mental (Koenig, 2007). De acordo com Carter, McCullough & Carver (2012), crenças e comportamentos religiosos estão intimamente relacionados com a saúde mental e o bem-estar, além de baixos níveis de indicadores de transtorno psicológico, como a depressão por exemplo. Para McCullough & Willoughby (2009), essas associações entre religiosidade e saúde ocorrem devido ao autocontrole e a autorregulação promovidos pela religiosidade. Segundo Carter et al. (2012), a autorregulação, por sua vez, como um processo que se baseia em três elementos (objetivo, avaliação do estressor e avaliação para a solução), pode, quando associado à religiosidade, promover uma auto-avaliação do indivíduo sobre seu comportamento, influenciando diretamente seu autocontrole e manejo da situação de estresse. Por sua vez, diante da crença de que está sob vigilância de algo sobrenatural ou de outras pessoas, o indivíduo exerce seu autocontrole escolhendo estratégias de enfrentamento ou respostas mais ajustadas, pessoal e socialmente, diante dos problemas.

Nos estudos sobre *coping*, a associação entre enfrentamento e religiosidade dá origem ao conceito de *coping* religioso/espiritual (CRE), ou seja, uma forma de enfrentamento que se baseia no uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas (Pargament, 1997; Panzini & Bandeira, 2007). Pargament (1997) salienta também que, por vezes, o controle da situação está além das condições de solução dos indivíduos e, nesses casos, o *coping* religioso-espiritual se apresenta mais como uma forma de lidar com a situação do que propriamente de resolvê-la. Segundo Koenig (2008), frequentemente, as pessoas utilizam suas crenças e

práticas religiosas para lidar com as adversidades da vida, sendo estas promotoras de um senso de controle que as auxilia e encoraja na tomada de decisões, facilitando seu processo de *coping*.

Nesse sentido, o *coping* religioso-espiritual representa uma estratégia que contempla uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações, contrariando o estereótipo de que seria uma estratégia meramente defensiva, passiva, focada na emoção ou em formas de negação. Dessa forma, o *coping* religioso-espiritual exerce funções diversas como propõe Pargament (1997) ao afirmar que este tipo de *coping* se baseia em cinco objetivos principais: 1) busca de significado; 2) controle; 3) conforto espiritual; 4) intimidade com Deus e com outros membros da sociedade; e 5) transformação de vida.

Esses cinco objetivos propostos por Pargament (1997) referem-se à finalidade pela qual os indivíduos buscam a religiosidade ou fé diante de uma situação adversa. Assim, crenças religiosas podem atribuir sentido positivo ou negativo às experiências de vida, variando de acordo com a visão de mundo individual. A partir do sentido atribuído pela pessoa às crenças religiosas, efeitos benéficos ou prejudiciais podem ser percebidos e atribuídos às experiências pessoais. Entre os efeitos benéficos, Koenig (2001) destaca as crenças religiosas associadas às questões de saúde e também às sensações positivas evocadas pela prática de rituais, que facilitam e santificam as transições de alguns momentos da vida, como a adolescência, o casamento e a morte, direcionando comportamentos socialmente aceitos e servindo como agentes de controle social.

De acordo com Koenig (2001b), esse tipo de situação é definida como *coping* religioso positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico e positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor como benéfico etc. Já a dimensão negativa do *coping* religioso-

espiritual se refere ao uso da estratégia com consequências prejudiciais e negativas ao indivíduo, como por exemplo, o descontentamento em relação a Deus, a redefinição do estressor como uma punição divina ou forças do mal etc. (Panzini & Bandeira, 2007). Entretanto Veit & Castro (2013) ressaltam que a maioria das pesquisas tem destacado em seus resultados a prevalência do uso positivo do *coping* religioso-espiritual (CRE) no contexto de saúde/doença.

O *Coping* no Contexto da Interrupção da Gestação

O *coping* é um relevante objeto de investigação em áreas diversas da saúde, em que se destaca o contexto da interrupção da gestação. Neste contexto, o *coping* consiste em estratégias com objetivo de reduzir a ameaça e a magnitude do impacto do estresse sobre as mulheres diante desse evento (Larfage, Michell & Fox, 2013). Apesar da sua relevância, a literatura acerca da teoria do *coping* vem sendo frequentemente direcionada para pesquisas com pacientes com doenças crônicas e câncer, mostrando a necessidade de mais estudos no contexto da interrupção da gestação, destacando, assim, a relevância científica deste trabalho.

Estudos a respeito do bem-estar psicológico vêm mostrando que o processo de enfrentamento ou *coping* de mulheres após a interrupção da gestação é determinado por fatores complexos, relacionados às características individuais e à história de vida de cada mulher, assim como as características socioculturais do ambiente em que vivem (Major, Cozzarelli & Cooper, 2000; Kimport et. al., 2012). Esta gama de fatores ainda inclui a predisposição para problemas mentais da mulher, seu histórico de saúde, seus traços de personalidade e suas atitudes e atributos psicológicos, como por exemplo, a autoestima, a percepção de controle, o senso de auto eficácia, e a percepção de apoio social (Steinberg & Finer, 2010).

De modo geral, o tipo de *coping* usado pela mulher é determinante para o seu ajustamento diante das consequências da experiência de ter uma gestação interrompida.

No caso do *coping* religioso, Guedes, Gameiro & Canavarro (2010) apontam que esta forma de enfrentamento está fortemente associada à reatividade emocional negativa em casos de IVG. Para as autoras, em casos de IVG a religiosidade é usada como recurso negativo ao enfrentamento e ajustamento psicológico no período após a interrupção da gestação. Em contrapartida, em situações de IIG, o uso da religiosidade caracteriza uma das principais fontes de apoio para as mulheres, uma vez que elas buscam amparo emocional em suas famílias e na prática religiosa para lidar com a situação (Volkner, Covas, Franco & Costa, 2006). No entanto, constatamos poucos estudos sobre enfrentamento (*coping*) no contexto da interrupção da gestação, principalmente que enfatizassem o uso do *coping* religioso-espiritual como estratégia de enfrentamento adotada por mulheres no período após a interrupção (Guedes et al., 2010; Major, Mueller & Hildebrandt, 1985; Volkner et al., 2006).

Apesar do fato de as mulheres que passaram pela experiência de IVG e IIG vivenciarem sentimentos distintos, ambas as situações podem ser seguidas de respostas psicológicas severas (Guedes et al., 2010; Patrão et al., 2012). Dessa forma, dada a influência do processo de enfrentamento na adaptação psicológica, é importante compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres diante da interrupção da gestação, seja esta involuntária ou voluntária (Larfage et al., 2013).

***Coping* diante da Interrupção Involuntária da Gestação (IIG).**

O caráter súbito de uma Interrupção Involuntária da Gestação (IIG), ou abortamento espontâneo, muitas vezes impede que os membros da família se preparem emocionalmente para mobilizar recursos e estratégias de *coping* para lidar com esse evento potencialmente traumático (Nazaré et al., 2011), quando o suporte social, dentre outras variáveis, desempenha importante papel no processo de enfrentamento do abortamento. Pesquisas sobre abortamento espontâneo sugerem que mulheres que têm

acesso a apoio/suporte social são mais propensas a desenvolver estratégias mais adaptativas para o enfrentamento da IIG (Foster, Gold, Kimport & Weitz, 2013).

Entretanto, Rowland & Lee (2010) salientam a dificuldade de se reconhecer a IIG como um evento com implicações emocionais para a mulher, o que caracteriza um empecilho para que ela receba o suporte social e emocional necessário nesta situação. Em pesquisa sobre eficácia do suporte social para mulheres que vivenciaram pelo menos uma experiência de IIG, foram encontradas associações entre enfrentamento e apoio social oferecidos à mulher por amigos e familiares (Rowland & Lee, 2010). Dessa forma, o apoio oferecido pelas pessoas mais próximas favorece estratégias de enfrentamento adaptativas, já que receber apoio emocional de outras pessoas, ou até mesmo receber apenas uma escuta de alguém próximo, é considerado pela mulher como muito útil para lidar com a perda gestacional.

Estudo realizado por Hsu, Tseng, & Kuol (2002) identificou ainda que o enfrentamento de mulheres diante da IIG se baseia na transformação de significado da morte fetal, no apoio social ou na antecipação de outra gravidez. No entanto, Rowland & Lee (2010) afirmam que não há uma resposta "universal" de enfrentamento de uma experiência de IIG, apesar de frequentemente esta situação ser descrita como uma experiência tumultuosa e repleta de emoções ambivalentes como tristeza e sensação de alívio, por exemplo.

Sobre isso, Hamama-Raz, Hartman & Buchbinder (2014), em estudo com mulheres judias ortodoxas, identificaram que a fé foi um componente importante na elaboração do processo de enfrentamento da IIG, já que a percepção do controle de Deus sobre suas vidas permitiu que aquelas mulheres tivessem um enfrentamento melhor da perda gestacional usando estratégias de enfrentamento como *Retorno para Religiosidade*. Além disso, o uso do *coping* religioso-espiritual nestes casos foi associado ao fortalecimento da fé, fazendo com que a IIG fosse reinterpretada como um teste de fé que

promoveu o crescimento espiritual e aliviou a dor da perda. Dessa forma, a atribuição de significado naqueles casos surgiu como uma forma de enfrentamento, já que, ao interpretarem a IIG como uma provação de fé, as mulheres utilizaram-se de outra forma de enfrentamento que foi a *Reinterpretação Positiva e Crescimento*. Com essa estratégia de enfrentamento as mulheres teriam adquirido força e atribuído um significado positivo para IIG, por acreditarem que o evento da IIG foi uma vontade de Deus (Hamama-Raz et al., 2014).

Estudos como este demonstram que o enfrentamento pode se basear na aceitação incondicional de que a perda gestacional foi providencial e ocorreu pela vontade e decisão de Deus, reforçando a crença de que a vida está sujeita à vontade Dele e de que a morte do feto é uma expressão da vontade divina. Isto auxiliaria no enfrentamento da perda baseado em outra estratégia de enfrentamento que é a *Aceitação*. Dessa forma, a perda foi mais facilmente aceita por estar de acordo com a fé e a crença na beneficência divina, diminuindo, assim, questionamentos e sentimentos de culpa das mulheres (Hamama-Raz et al., 2014). Logo, a busca de conforto na fé espiritual pode ser percebida como fonte de suporte oferecido por Deus para enfrentar a situação, proporcionando alívio para possível culpa pela morte do feto.

O *Coping* no contexto da Interrupção Voluntária da Gestação (IVG).

Apesar de sua relevância, as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres diante da interrupção voluntária da gestação ainda são pouco conhecidas, ainda que se tenha conhecimento de que as respostas emocionais e o *coping* após uma IVG estejam relacionados a questões diversas, como o nível de confiança da mulher na decisão de interromper a gestação, assim como suas crenças morais e espirituais acerca do abortamento (Foster et al., 2013).

Associações entre estresse pós-traumático, IVG e história prévia de experiências traumáticas na infância foram encontradas por Rue, Coleman, Rue & Reardon (2004),

apontando para aumento do estresse quando associado a estratégias de *coping* pouco adaptativas. Por sua vez, Kimport et. al. (2012) verificaram que mulheres com alta confiança na decisão de interromper a gestação estariam menos propensas a relatar remorso; ao passo que mulheres com preocupações espirituais relativas a IVG e sem grande confiança na sua decisão estariam muito mais propensas a projetar emoções negativas após a interrupção. Ainda, segundo Foster et. al. (2013), ao tomar a decisão de interromper a gestação, a maioria das mulheres espera sentir alguma emoção positiva, como alívio e/ou confiança, e apenas duas em cada cinco mulheres experimentaríamos emoções negativas, como de tristeza ou culpa. Para estes autores, quando a IVG ocorre em gestações desejadas e significativas, a mulher tem maior risco de apresentar respostas negativas (Foster et. al., 2013). Outros fatores também contribuem para dificuldades no enfrentamento de uma IVG, tais como falta de apoio do parceiro ou família e conflitos ou insegurança em relação a tomada de decisão pela interrupção, sobretudo para mulheres que adiam até ao segundo trimestre ou se culpabilizam pela gravidez (Patrão et al., 2012).

No caso da IVG, as consequências psicológicas não devem ser vistas unicamente como resultado do ato de abortar, uma vez que, na maioria dos casos, mulheres percebem a IVG como um desfecho mais positivo do que negativo (Patrão et al., 2012). Embora muitas mulheres apresentem sentimentos como tristeza, mágoa e angústia, estudos fornecem evidências de que o bem-estar da maioria das mulheres não é reduzido após a IVG (Kimport, et. al., 2012). Larfage et. al. (2013) relatam ainda que o enfrentamento é caracterizado por estratégias mais positivas quando a interrupção da gestação ocorre em um contexto legal por anomalia fetal, quando se observou como as estratégias de *coping* mais frequentes *Apoio Emocional, Solução de Problemas, Busca de Informação, Desengajamento Mental e Aceitação*, com o parceiro visto como principal fonte de apoio.

Lahey & Orehek (2011) observaram ainda que, enquanto a falta de apoio foi associada a perturbações de humor, a percepção de apoio social foi indicada como aspecto

importante no contexto de abortamento, contribuindo para o bem-estar geral da mulher. Nesse sentido, o apoio dos parceiros é fundamental para o enfrentamento da IVG, a qual, de acordo com Larfage et al. (2013), imprime em muitas mulheres uma sensação de que sua perda não é plenamente reconhecida pela sociedade e, em numerosos casos, só pode ser compartilhada com seus parceiros. Além disso, o apoio prestado pelos profissionais de saúde também pode ser considerado essencial para o enfrentamento da experiência de interrupção pelas mulheres, já que o amparo destes profissionais proporcionando uma escuta dos medos relativos aos procedimentos e conforto físico e emocional foram fatores observados no estudo de Larfage et al. (2013).

Estratégia de enfrentamento baseada na busca de solução de problemas surgiu como solução prática para o problema relativo à preparação propriamente dita para se submeter ao procedimento de abortamento, quando, em geral, as mulheres necessitam buscar informações sobre a interrupção. Tal busca por informação, por sua vez, suscita na mulher uma sensação de poder, fazendo com que ela, através do conhecimento adquirido, se sinta empoderada para lidar com a situação de abortamento. Outra estratégia observada no estudo daqueles autores foi o *Desengajamento Mental* utilizada com intuito de se distanciar do sofrimento causado pelo abortamento (Larfage et al., 2013). Distrações como assistir televisão, ler revistas e jornais ou fazer caminhadas, caracterizaram tentativas de se desligar dos pensamentos sobre a situação, tentando não pensar no bebê e bloquear a dor. Por sua vez, *Aceitação*, estratégia também observada em estudo sobre enfrentamento da IVG de Larfage et al. (2013), se caracterizou como principal no enfrentamento, por propiciar o reconhecimento da situação e a aceitação da inviabilidade daquela gestação.

Objetivos e Hipótese Inicial

O presente estudo teve como **objetivo geral** estudar o enfrentamento (*coping*) de mulheres diante da interrupção voluntária e involuntária da gestação, relacionando

percepções e sentimentos experimentados por elas na vivência do abortamento. Para tanto, a **hipótese inicial** construída era de que existiam diferenças no processo de enfrentamento das mulheres que vivenciam ambas as situações de interrupção, sendo o *coping* religioso-espiritual mais frequente no enfrentamento da mulher em situação de Interrupção Involuntária da Gestação. Com base nessa hipótese, foram formuladas as seguintes **perguntas de pesquisa**:

1) *Existem diferenças entre o processo de enfrentamento (perfil de coping e o uso do coping religioso-espiritual) na vivência da interrupção voluntária da gravidez comparada à involuntária?*;

2) *Quais percepções e sentimentos essas mulheres vivenciam diante da situação de abortamento?*

3) *Existem relações entre o perfil de enfrentamento (coping), o tipo de coping religioso-espiritual e as percepções e sentimentos vivenciados pela mulher diante da situação de abortamento?*

Com base nestas perguntas foi definido como **objetivo específico** estudar possíveis relações entre o perfil de enfrentamento (*coping*), o uso do *coping* religioso-espiritual e os pensamentos e sentimentos pessoais sobre a vivência feminina do aborto, comparando as situações de interrupção voluntária e involuntária da gravidez.

Método

Para concretização do objetivo proposto e testar a hipótese inicial, a pesquisa seguiu um delineamento descritivo com caráter quali-quantitativo e amostragem de conveniência. Deste modo, a pesquisa buscou relacionar dados coletados por métodos qualitativos e quantitativos, analisando-os de forma conjunta, considerando o enfrentamento, as percepções e os sentimentos vivenciados diante da interrupção da gestação como componentes de um processo indissociável relativos a experiência de cada

mulher. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são elementos básicos no processo de pesquisa qualitativa, enquanto o caráter quantitativo permite que as informações sejam traduzidas em números a fim de classificá-las e analisá-las (Silva & Menezes, 2005).

Participantes

Para realização da pesquisa foram selecionadas, por meio de método de amostragem por indicação, mulheres que vivenciaram pelo menos uma experiência de interrupção voluntária e/ou involuntária da gestação (IIG e/ou IVG). Além disso, as participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Ser maior de 18 anos;
- b) Assinar e estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme consta no Apêndice A;
- c) Ter vivenciado um abortamento;

No total participaram da pesquisa 15 mulheres, com idades entre 24 e 62 anos (no momento em que a entrevista foi realizada). Destaca-se que, devido ao tempo transcorrido entre a interrupção da gestação e a entrevista, a idade de algumas participantes no momento da entrevista não se refere à idade que tinham no momento da interrupção da gestação, esse dado está especificado nos Apêndices D e E que apresentam os dados individuais das participantes dos grupos IIG e IVG, respectivamente. De uma maneira geral, as participantes apresentaram níveis de escolaridade diversos, variando de ensino fundamental até a pós-graduação. As participantes foram divididas em dois grupos de acordo com o tipo de interrupção da gestação, sendo 10 participantes no grupo de Interrupção Involuntária da Gravidez (IIG) e 5 participantes no grupo de Interrupção Voluntária da Gestação (IVG).

No momento da interrupção, as participantes do grupo IIG apresentaram idade média de 26,1 anos, entre elas, 7 eram casadas e apenas 1 já possuía filhos. Em relação à

escolaridade, 7 possuíam ensino superior completo; destas, 4 possuíam pós-graduação e 3 possuíam apenas o ensino médio. Entre elas, 8 afirmaram professar uma religião e 2 se declararam agnósticas. No grupo IVG, as participantes apresentaram média de idade de 20,4 anos no momento da interrupção. Entre elas, 2 participantes eram casadas e 3 eram solteiras, sendo que 1 declarou estar em uma relação de namoro estável. Apenas 1 possuía filhos na época da interrupção. Ressalta-se que no momento da entrevista, 3 participantes deste grupo eram casadas e com filhos. Entre elas, 3 afirmaram professar alguma religião ou crença, e 2 afirmaram ser agnósticas. Cabe ressaltar que todas as participantes afirmaram não ter religião na época em que a gestação foi interrompida. No que diz respeito à escolaridade, no momento da interrupção todas das participantes relataram ter apenas o ensino médio concluído, sendo que, no momento da pesquisa, 2 já possuíam ensino superior completo.

Local

A coleta de dados ocorreu de acordo com o local escolhido pela participante, resguardando questões de privacidade e conforto para a realização da entrevista e resposta ao instrumento de coleta de dados. Desta forma, ao contatar a participante, inicialmente era dada a opção de realizar a entrevista em sala reservada no Serviço de Psicologia Aplicada do Centro de Ciência Humanas e Naturais, no prédio do CEMUNI VI (Célula Modular Universitária VI), na Universidade Federal do Espírito Santo. Entretanto, na maioria dos casos, as participantes manifestaram o desejo de realizar a entrevista no próprio domicílio ou mesmo no seu local de trabalho. De modo geral, 30% das entrevistas foram realizadas na UFES, enquanto que 70% ocorreram nos locais indicados pelas participantes.

Instrumentos

Para cumprir os objetivos da pesquisa, foram utilizados, além de um protocolo de caracterização da amostra, um instrumento de avaliação do *coping* e um roteiro de entrevista elaborado especificamente para o estudo, como descritos a seguir.

Protocolo de caracterização da amostra.

Com objetivo de fazer um levantamento dos dados sócio demográficos e variáveis psicossociais acerca das participantes, foi elaborado um protocolo de caracterização da amostra, com itens sobre: idade, estado civil, escolaridade, profissão, trabalho, número de filhos, religião, procedimento médico e número de interrupções da gravidez. O protocolo utilizado na íntegra pode ser encontrado no Apêndice B.

Roteiro de entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”.

O roteiro de entrevista elaborado especialmente para o estudo continha uma pergunta principal – *“Poderia me contar como foi sua experiência com o aborto?”* e quatro itens norteadores para serem explorados durante a entrevista: 1) História da gravidez que resultou no abortamento; 2) Pensamentos/sentimentos relacionados à experiência do abortamento; 3) Suporte psicossocial durante a experiência do abortamento (explorar recursos pessoais e sócio ecológicos); e 4) Vivência do abortamento propriamente dita (explorar diferenças entre a experiência de interrupção voluntária e involuntária); e 5) Enfrentamento da situação de abortamento (investigar estratégias de *coping* religioso) (Apêndice C).

Instrumentos de avaliação do coping.

O Inventário COPE – Escala de Estratégias de Enfrentamento (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) foi utilizado para avaliar o perfil de *coping* das participantes, ou seja, as estratégias de enfrentamento que, em geral, elas utilizam para lidar com situações de

estresse. Foi utilizada uma versão adaptada para a realidade brasileira por Mazon, Carlotto & Câmara (2008) (ANEXO I). O Inventário COPE é uma escala tipo Likert, autoaplicável que totaliza 60 itens com sistema de pontuação de 1 a 4, sendo 1 para “não costumo fazer isso nunca” e 4 para “costumo fazer isso muito” e que se subdivide em quinze fatores, com quatro itens de resposta cada um: 1) *coping ativo*; 2) *planejamento*; 3) *supressão de atividades concomitantes*; 4) *coping moderado*; 5) *busca suporte social por razões instrumentais*; 6) *busca de suporte social por razões emocionais*; 7) *reinterpretação positiva*; 8) *aceitação*; 9) *retorno para religiosidade*; 10) *foco na expressão de emoções*; 11) *negação*; 12) *Comportamento descomprometido*; 13) *Desengajamento mental*; 14) *humor*; e 15) *uso de substâncias*. A classificação no Inventário COPE ocorre por meio do cálculo da soma do valor de resposta (1 a 4) dada a cada um dos quatro itens de cada fator. O valor final determinará a frequência de uso do tipo de *coping*, como segue: a) até 4 pontos: NUNCA; b) de 5 a 8 pontos: POUCAS VEZES; c) de 9 a 11 pontos: MODERADO; d) de 12 a 15 pontos: MUITAS VEZES; e e) a partir de 16 pontos: SEMPRE.

Procedimentos

Para realização da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo e, após aprovação, foi iniciada a coleta de dados que teve a duração de oito meses, com início em abril de 2014. Foi então implementada a técnica da amostragem por indicação para compor a amostra de participantes através de contato inicial com algumas participantes selecionadas e outras indicadas por aquelas. O método de amostragem por indicação é indicado quando não se consegue obter muitas informações prévias sobre o contexto a ser investigado. Consiste em identificar alguns sujeitos que se incluam na amostra e pedir a eles que indiquem outros com o mesmo critério de inclusão (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 2000). O método em questão se mostrou parcialmente eficaz no processo de seleção das

participantes, uma vez que possibilitou identificar e contatar participantes que correspondessem ao perfil da amostra e aos objetivos da pesquisa, sobretudo no caso de interrupção involuntária da gravidez.

Após selecionadas e contatadas, as participantes foram apresentadas aos objetivos da pesquisa quando assinaram o TCLE e responderam ao Inventário COPE. Por último, foram feitas as entrevistas usando o roteiro “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”, quando os relatos verbais das participantes foram registrados em áudio. Depois de cada coleta, o Inventário COPE foi corrigido, de acordo com as instruções do próprio instrumento, e as entrevistas foram transcritas, analisadas e categorizadas de acordo com a proposta de processamento e análise dos dados a seguir.

Processamento e Análise dos Dados

Tomando como base o delineamento quali-quantitativo já explicitado e compreendendo que a pesquisa qualitativa permite a exploração da riqueza de detalhes presentes no discurso dos indivíduos, o relato das participantes foi analisado através da Metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Os dados de relato verbal coletados em entrevistas semiabertas, guiadas pelo roteiro “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”, foram analisados através da metodologia citada, com o objetivo de interpretar o relato verbal das participantes, propiciando uma compreensão psicodinâmica do material, assim como analisar os discursos produzidos por elas a respeito do seu processo de enfrentamento.

Com base nesse método de análise, foi feita uma leitura exaustiva dos registros individuais das entrevistas, a partir dos quais foram obtidos temas emergentes de cada entrevista, que foram comparados e refinados para formar as categorias finais. Estas categorias foram usadas para analisar individualmente o material das entrevistas, processado em termos de frequência de ocorrência de cada categoria e subcategoria descritas a seguir. Destacaram-se quatro categorias principais, que por sua vez dividiram-

se em subcategorias, definidas com base na leitura do relato das participantes e também na literatura sobre *coping* religioso-espiritual, mais especificamente literatura proposta por Pargament (1997).

1) “Contexto da gestação”: relato verbal da participante sobre sua história de vida, destacando dois aspectos principais: o desejo/planejamento da gestação e a relação dela com seu parceiro, como definidos a seguir:

1.1) “Desejo/planejamento da gestação”: relato verbal das participantes sobre seu desejo e o planejamento da gravidez que foi interrompida, classificada em três outras subcategorias: a- Gravidez planejada; b- Gravidez não planejada; c- Gravidez indesejada.

A) Gestação planejada: relato verbal das participantes que confirma ter planejado a gravidez interrompida;

B) Gestação não planejada: relato verbal das participantes que confirma não ter planejado a gravidez interrompida;

C) Gravidez indesejada: relato verbal das participantes que confirma ter desejado a gravidez interrompida;

1.2) “Relacionamento com parceiro”: relato verbal da participante sobre o tipo de relação que ela mantinha com seu parceiro no momento em que engravidou, classificada em duas outras categorias:

A) “Relacionamento Comprometido”: relato verbal da participante que corresponde a sua percepção de que mantinham uma relação estável e de compromisso com seu parceiro quando engravidaram;

B) “Relacionamento Descomprometido” relato verbal da participante que corresponde a sua percepção de que mantinham uma relação eventual e instável, sem compromisso com seu parceiro quando engravidaram;

2) “Vivência do Processo de Interrupção”: relato verbal da participante sobre suas diferentes percepções acerca da sua vivência do momento da interrupção da gestação, destacando os seguintes aspectos: percepção do processo de perda (apoio percebido e percepções físicas da perda), sentimentos vivenciados e procedimentos médicos recebidos, como descritos a seguir:

2.1) “Percepção do processo de perda”: relato verbal da participante sobre sua percepção relativa ao processo de perda no abortamento propriamente dito, classificadas em apoio percebido e percepção física da perda durante a vivência do abortamento, como descritas a seguir:

2.1.1) “Apoio Percebido”: relato verbal da participante sobre sua percepção relativa ao apoio percebido por elas de familiares\amigos e equipe de saúde, como segue:

2.1.1.1) “Apoio familiar”: apoio percebido pelas participantes oferecido por familiares\amigos classificados nas seguintes subcategorias:

- A) “Apoio Emocional”: apoio emocional percebido pelas participantes que corresponde ao amparo oferecido pela família e/ou parceiro no momento e após o abortamento;
- B) “Apoio instrumental”: apoio percebido pelas participantes referente às condições sanitárias, local apropriado ou acompanhamento dela pelo parceiro ou familiar durante o processo de abortamento;
- C) “Apoio financeiro”: percebido pelas participantes referente à disponibilidade de condições materiais (financeiras) para que ela realizasse a interrupção, tais como compra de medicação abortiva, pagamento de assistência médica, exames etc.;

2.1.1.2) “Apoio da equipe de saúde”: apoio percebido pelas participantes oferecido por profissionais de saúde durante a vivência da interrupção,

classificado nas seguintes subcategorias: a-Positivo, b-Negativo, e c- Indiferente, como descritos a seguir:

- A) Apoio Positivo: apoio percebido pelas participantes como um contato positivo com a equipe de saúde, com relatos de acolhimento, escuta e cuidado dos profissionais;
- B) Apoio Negativo: apoio percebido pelas participantes como um contato negativo com a equipe de saúde, com relatos de negligência, tempo de espera para atendimento e destrato por parte dos profissionais;
- C) Apoio Indiferente: relatos das participantes que não declararam qualquer impressão sobre o atendimento recebido, ou não buscaram o serviço de saúde;

2.1.2) Percepção Física: relato verbal da participante sobre suas percepções físicas no momento de abortamento propriamente dito, classificados em duas subcategorias: a) narrativas de experiência com a dor, e b) narrativas de experiência de contato físico com o produto do abortamento (aborto);

2.2) “Sentimentos Vivenciados”: relato verbal da participante sobre os aspectos emocionais (sentimentos e emoções) vivenciados pela participante no momento do abortamento, classificados em três subcategorias: a) sentimentos positivos (alívio; liberdade), negativos (raiva, tristeza, culpa), e ambivalentes (culpa e alívio, simultaneamente);

2.3) “Procedimentos Médicos”: relato verbal da participante sobre os procedimentos médicos recebidos para interromper a gestação ou finalizar o processo de abortamento, como a curetagem;

3) “Modo de enfrentamento”: relato verbal da participante sobre suas estratégias e modos de enfrentamento adotadas na vivência da interrupção da gestação, especialmente o uso ou não de *coping* religioso-espiritual, como descrito a seguir:

3.1) “Enfrentamento Não Religioso”: relato verbal da participante que corresponde à adoção de estratégias de enfrentamento sem uso da religiosidade ou sem cunho religioso para lidar com a situação de interrupção da gestação;

3.2) “Enfrentamento Religioso”: relato verbal da participante sobre uso da religiosidade\espiritualidade como forma de enfrentamento, sendo classificada em três subcategorias, de acordo com o sentido atribuído pela participante às estratégias de *coping* adotadas. Cabe esclarecer que, as três categorias foram elaboradas com base nos trabalhos de Pargment (1997) sobre *coping* religioso-espiritual e não foram analisadas de forma excludente. Logo, mais de uma categoria pode estar presente no relato analisado, expressando, assim, diferentes facetas da religiosidade\espiritualidade da participante, descritas a seguir.

- A) “Conforto”: relato verbal da participante que corresponde ao uso da religiosidade com a finalidade de proporcionar conforto diante da perda gestacional;
- B) “Busca de significado”: relato verbal da participante que corresponde à atribuição de significado positivo à vivência do abortamento;
- C) “Controle”: relato verbal da participante que corresponde ao uso da religiosidade como forma de tentar controlar a situação e a experiência emocional proporcionada pelo abortamento.

Para compreender de forma mais ampla o processo de enfrentamento das participantes diante da interrupção da gestação, o relato coletado através do roteiro de entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação” foi também analisado adotando-se como referência a definição das 15 estratégias de enfrentamento (EE) propostas para análise do *coping* pela abordagem disposicional de C. S. Carver (Figura 1, p. 29\30) e adotadas na construção do Inventário COPE. Nesta análise, tentou-se extrair

das narrativas das participantes discursos e relatos que correspondessem às EE mencionadas.

Com base nestes dados, buscou-se realizar duas propostas de análise do processo de enfrentamento das participantes, com base nos dados obtidos por ambos os instrumentos, entrevista e Inventário COPE, como segue: a) análise de grupo, comparando-se a frequência de participantes, por grupo IIG e IVG, que apresentaram as EE espontaneamente em seus relatos, seguido de exemplos de discursos extraídos na análise das entrevistas; e b) análise individual, comparando-se as EE mais frequentes pelo Inventário COPE e as estratégias mais citadas nos relatos de cada participante.

Avaliação Ética de Riscos e Benefícios

Conforme a Resolução N° 466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que tem como finalidade o estabelecimento das normas para a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil, a pesquisa foi executada somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Espírito Santo. A coleta de dados ocorreu após a apresentação aos participantes dos objetivos da pesquisa e a solicitação da sua autorização, com assinatura de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A). Foram fornecidos os devidos esclarecimentos sobre o projeto e dado destaque ao sigilo das informações prestadas e à possibilidade de desistência da participação no projeto a qualquer momento. De acordo com as regras firmadas nessa resolução, a pesquisa apresentou risco mínimo, uma vez que os procedimentos realizados não representavam riscos físicos ou psíquicos, além dos já existentes na vida cotidiana dos participantes.

Por razões diversas, como o receio do preconceito ou o não reconhecimento do luto diante do abortamento, as mulheres que tiveram essa experiência se deparam, em geral, com muitas restrições para manifestar seus sentimentos. Dessa forma, a oportunidade

de se expressar de forma retrospectiva sobre a experiência da interrupção da gestação pode ter se constituído em um benefício da pesquisa para algumas participantes. De acordo com o relato de determinadas participantes, de verdade a pesquisa chegou a apresentar benefícios, uma vez que proporcionou um momento de escuta e elaboração psíquica, já que possibilitou às mesmas recontar sua experiência, expressando percepções e sentimentos, negativos e positivos a respeito da vivência do abortamento que ainda não tinham porventura oportunidade de expressar.

Resultados

Dados do Perfil Sociodemográfico

Dados do perfil sociodemográfico foram obtidos através do Protocolo de Caracterização da Amostra (Apêndice C), utilizado como instrumento para levantamento de dados sociodemográficos e dados acerca dos procedimentos médicos e frequência de interrupções da gravidez realizadas por elas. A seguir a Tabela 1 refere-se aos dados das participantes no momento em que a interrupção da gestação ocorreu.

Tabela 1

Dados do Protocolo de Caracterização da Amostra no momento da interrupção da gestação.

	IIG	IVG
Idade (Média)	26,1	20,4
Estado Civil	7 Casadas 2 Solteiras 1 Solteira\namorando	2 Casadas 2 Solteiras 1 Solteira\namorando
Escolaridade	2 Ensino Médio 4 Graduatedas 4 Pós-Graduatedas	5 Ensino Médio Nenhuma participante Graduada Nenhuma participante Pós-Graduada
Filhos	1 Sim 9 Não	1 Sim 4 Não
Trabalho	6 Trabalhavam	Nenhuma participante

	4 Não trabalhavam	Trabalhava
Renda Familiar	1 Declarou renda entre 2 e 3 salários mínimos	3 Declararam renda entre 2 e 3 salários mínimos
	2 Declararam renda entre 3 e 4 salários mínimos	1 Declarou renda entre 3 e 4 salários mínimos
	2 Declararam renda entre 4 e 5 salários mínimos	Nenhuma com 4 e 5 salários mínimos
	5 Declararam renda acima de 5 salários mínimos	1 Declarou renda acima de 5 salários mínimos
Religião	8 Sim	3 Sim
	2 Não	2 Não
Procedimento médico	4 Sim	2 Sim
	6 Não	3 Não
Nº de Interrupções	7 Declararam apenas 1 interrupção	4 Declararam apenas 1 interrupção
	1 Declarou duas interrupções	Nenhuma declarou duas interrupções
	2 Declararam três ou mais interrupções	1 Declarou três ou mais interrupções

Do total de 15 participantes, 10 compuseram o grupo que passou pela experiência de Interrupção Involuntária da Gestação (IIG). De acordo com a Tabela 1 é possível notar que no momento em que se deu a interrupção da gestação, as participantes do grupo IIG apresentaram média de idade de 26,1 anos, sendo 7 casadas, 2 solteiras e 1 se declarou em relacionamento estável de namoro com seu parceiro. Com relação à escolaridade, no momento da interrupção da gestação, 4 participantes haviam concluído graduação, 4 tinham pós-graduação e 2 tinham apenas o ensino médio concluído. Sobre a renda familiar, apenas 1 participante declarou possuir renda mensal entre 2 e 3 salários mínimos, enquanto 2 declararam possuir renda entre 3 e 4 salários mínimos, 2 declaram renda entre 4 e 5 salários mínimos e 5 declararam possuir renda superior a 5 salários mínimos. Desse grupo, 5 participantes declararam estar inseridas no mercado de trabalho no momento da interrupção da gestação. No momento em que a interrupção da gestação ocorreu, apenas 1 das participantes já tinha passado pela experiência da maternidade, ou seja, 9 participantes eram primigestas. Ressalta-se que, no momento da entrevista, 5 participantes deste grupo já haviam se tornado mães. Com relação à religião, 8 participantes declararam professar alguma crença e 2 se declararam agnósticas. No que se refere aos procedimentos médicos adotados após a interrupção da gestação, 4 participantes declararam ter se submetido a

curetagem, com consequente internação; enquanto 6 participantes declararam ter expelido o aborto naturalmente. O número de interrupções da gravidez variou de acordo com cada participante, sendo que 7 declararam ter tido apenas uma interrupção, 1 declarou ter tido duas interrupções e 2 participantes passaram por três interrupções da gravidez.

Apenas 5 participantes compuseram o grupo de participantes que passaram por Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). No momento em que se deu a interrupção da gestação, as participantes deste grupo possuíam idade média de 20,4 anos, sendo que 2 eram casadas, 2 solteiras e 1 mantinha relação estável de namoro com seu parceiro. No que se refere à escolaridade, todas as participantes deste grupo relataram ter apenas o ensino médio concluído no momento em que interromperam a gestação e nenhuma das participantes relatou vínculo empregatício. Com relação a religião, 3 participantes declararam possuir alguma crença religiosa e 2 se declararam agnósticas. No momento da interrupção da gestação, apenas uma participante possuía filhos. Ressalta-se que no momento da entrevista, 3 participantes já haviam se tornado mães. Com relação ao número de interrupções da gestação, 4 participantes declararam ter interrompido uma vez a gestação e apenas uma participante relatou ter interrompido mais de três gestações.

Dados de Análise do Processo de Enfrentamento (*Coping*) das Participantes

Os Dados de análise de indicadores do processo de enfrentamento das participantes diante da situação de interrupção voluntária ou involuntária da gravidez foram obtidos através do Inventário COPE e do roteiro de entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”. Primeiramente serão apresentados os dados do Inventário COPE, seguido dos dados comparativos de análise individual e de grupo entre os dados de indicadores do processo de enfrentamento obtidos por ambos os instrumentos.

Dados de análise do enfrentamento pelo Inventário COPE.

De acordo com a avaliação dos resultados obtidos através do Inventário COPE, pode-se observar na Figura 2 as medianas das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes de cada grupo, IIG e IVG.

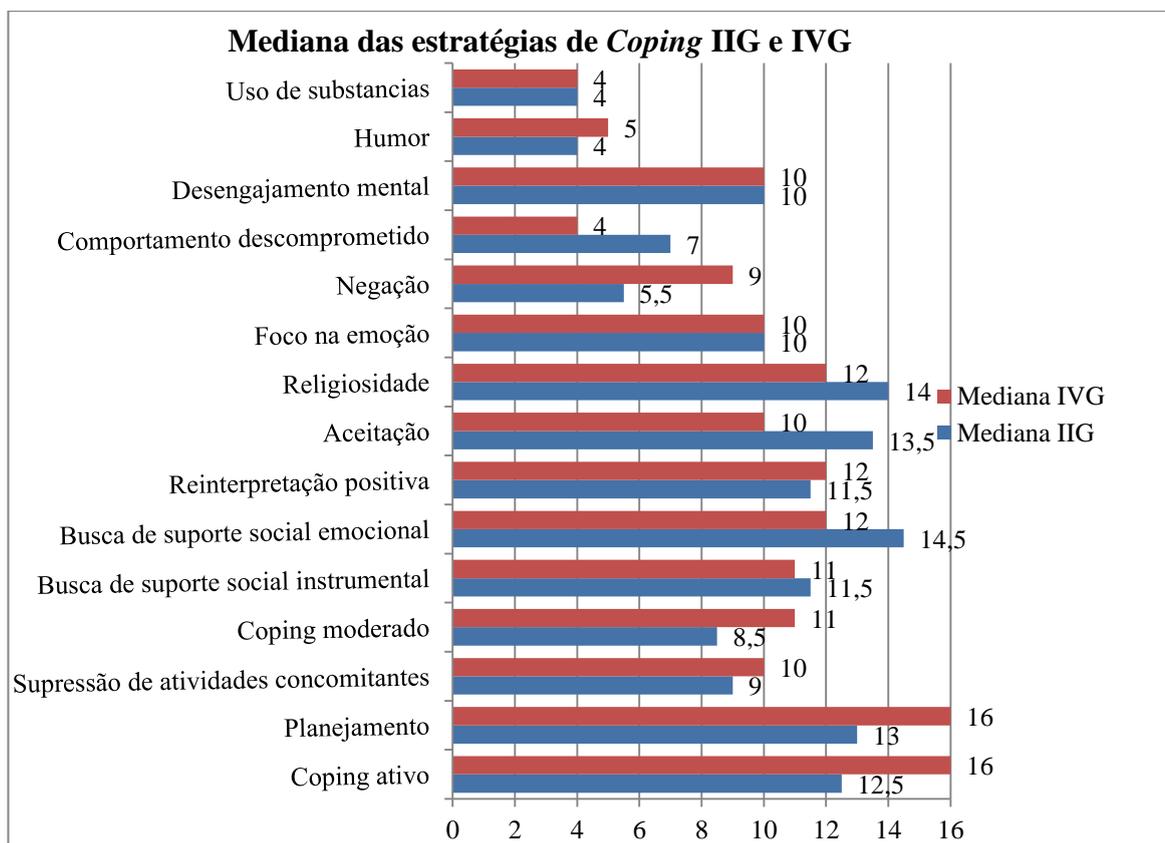


Figura 2. Medianas das Estratégias de Enfrentamento (EE) utilizadas pelas participantes de cada grupo IIG e IVG. Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a Figura 2, pode-se observar que as estratégias de enfrentamento de maior incidência entre as participantes do grupo IIG foram *Busca de suporte social por razões emocionais* (Md = 14,5), seguida de *Retorno para Religiosidade* (Md = 14) e *Aceitação* (Md = 13,5); enquanto que as estratégias de enfrentamento usadas com menor frequência foram *Humor* (Md = 4), *Uso de substâncias* (Md = 4) e *Negação* (Md = 5,5).

Dentre as participantes do grupo IVG, as estratégias de enfrentamento com maior incidência foram *Coping ativo* (Md = 16) e *Planejamento* (Md = 16); enquanto as que apresentaram menor frequência foram *Humor* (Md = 5), *Uso de Substâncias* (Md = 4) e *Comportamento descomprometido* (Md = 4).

Cabe destacar que duas estratégias de enfrentamento apresentaram mediana igual tanto para as participantes do grupo IIG quanto para as do grupo IVG, as EE *Desengajamento mental* e *Foco na emoção*, ambas com Md = 10. Os dados individuais das participantes do grupo IIG e IVG obtidos no Inventário COPE estão descritos no Apêndice F.

Dados comparativos de análise individual e de grupo entre indicadores do processo de enfrentamento obtidos pela entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação” e Inventário COPE.

O processo de enfrentamento foi também analisado comparando-se os dados obtidos pelo Inventário COPE e pela análise do discurso extraído do relato verbal das participantes na entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”, de acordo com proposta de processamento anteriormente descrita. Enquanto, na Tabela 2 estão apresentados os dados de análise de grupo, comparando-se a frequência de participantes, por grupo IIG e IVG, que apresentaram as EE nos seus relatos, com exemplos de discursos extraídos da análise das entrevistas; na Tabela 3 estão apresentados os dados de análise individual, comparando-se a EE mais frequentes pelo Inventário COPE com as estratégias mais citadas nos relatos de cada participante.

Tabela 2

Dados de grupo da análise das Estratégias de Enfrentamento (EE) no relato das participantes dos grupos IIG e IVG pela entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”

EE	N° de Relatos IIG (N = 10)	N° de Relatos IVG (N = 5)	Exemplos
Coping ativo	2	2	<i>“É lógico, não é agradável, não é divertido, você não vai pra lá sorrindo, mas eu fui muito resoluta: eu fui pra lá resolver um problema, pra mim era um problema” (P12)</i>
Planejamento	4	3	<i>“...E foi aí que eu resolvi ir atrás, procurei saber, fiz um monte de exames com meu marido..” (P4)</i>
Supressão de atividades concomitantes	3	1	<i>“Como eu tinha que ficar indo no hospital durante e depois da gravidez, eu não tinha como ir pra faculdade e eu sabia que ia acabar perdendo o semestre ainda mais depois eu tive que ficar internada...” (P6)</i>
Busca de suporte social por razões instrumentais	6	2	<i>“Eu comecei a ler sobre isso, eu li tudo: artigo, blog...tinha um grupo de mulheres que estavam nessa situação no Orkut, e aí a gente se dava força...” (P8)</i>
Busca de suporte social por razões emocionais	8	1	<i>“Eu conversei com esses amigos médicos, mas assim, eu não procurei ninguém pra ter uma ajuda, a gente que tem uma igreja que frequenta uma igreja já tem esse apoio maior, né?” (P2)</i>
Reinterpretação positiva e crescimento	6	3	<i>“Eu me sinto fortalecida. Por mais que na hora a gente não consiga perceber os benefícios desses momentos tão difíceis, né? Mas quando você passa e você consegue superar e você fica bem, você pensa assim: “não, eu dou conta!(...) E eu me sinto mais fortalecida depois desses eventos” (P1)</i>
Aceitação	5	4	<i>“Eu penso que as coisas acontecem quando tem que acontecer, não fico procurando culpado e nem me culpando” (P3)</i>
Retorno para Religiosidade	7	2	<i>“E quando eu senti que estava perdendo mesmo, que estava descendo... foi quando eu coloquei a mão na barriga e falei para Deus para ser feita a vontade dele” (P5)</i>
Foco na emoção	6	3	<i>“Eu estava completamente fora de mim, eu nem era muito eu não... tava muito assustada, com muita raiva” (P6)</i>
Coping Moderado	2	2	<i>“Eu fiz o que o médico pediu, fui para casa e mantive o repouso. Só depois, mais à noite, quando eu tive a confirmação de ter perdido eu falei com o meu marido...” (P5)</i>
Negação	5	2	<i>“A minha reação na hora foi pegar o papel higiênico, enrolar e jogar fora, tomar banho, trocar de roupa, e eu tentei.. não, sei lá vou deixar isso pra lá” (P7)</i>
Comportamento descomprometido	3	2	<i>“... Ai eu fui para casa fazer minhas coisas e esperava descer...” (P14)</i>
Desengajamento mental	3	4	<i>“Eu não pensava muito (...) eu nem sabia o que pensar, eu não sei, eu estava muito confusa, foi tudo muito confuso” (P15)</i>

Como pode ser observado, para as participantes do grupo IIG as estratégias mais utilizadas foram *Busca de suporte social por razões emocionais* (8 em 10) e *Retorno para Religiosidade* (7 em 10), semelhante ao que foi encontrado através do Inventário COPE. Enquanto para o grupo IVG, as estratégias de enfrentamento mais frequentemente encontradas nos relatos foram *Aceitação* (4 em 5) e *Desengajamento Mental* (4 em 5), diferente do que as participantes apresentaram no Inventário COPE, quando as estratégias com maiores medianas para esse grupo foram *Coping ativo* (Md = 15,6) e *Planejamento* (Md = 15,5) (vide Figura 2).

As estratégias que foram menos mencionadas nos relatos das participantes do grupo IIG foram *Coping Ativo* e *Coping moderado* (2 em 10), *Desengajamento mental*, *Comportamento descomprometido* e *Supressão de atividades concomitantes* (3 em 10). Observa-se que as EEs *Comportamento descomprometido* (Md = 7) e *Coping moderado* (Md = 8,5) apresentaram frequência POUCAS VEZES de acordo com o Inventário COPE, enquanto a EE e *Supressão de atividades concomitantes* (Md = 9) apresentou frequência MODERADA. Nos relatos das participantes do grupo IVG as estratégias *Retorno para Religiosidade* (2 em 5), *Busca de suporte por razões emocionais* (1 em 5) e *Supressão de atividades concomitantes* (1 em 5) foram as menos encontradas, sendo que nenhuma destas estratégias foi a de menor mediana pelo Inventário COPE. Segundo os dados desse Inventário, além de *Humor* (Md = 4) e *Uso de Substâncias* (Md = 4), *Comportamento descomprometido* (Md = 4) foi a EE que apareceu com menor incidência nesse grupo (vide Figura 2).

Cabe destacar que na análise dos relatos das participantes de ambos os grupos nas entrevistas não apareceram as estratégias *Uso de Substâncias* e *Humor* como formas de enfrentamento da situação de interrupção da gestação. Tais estratégias também apresentaram as menores medianas pelo Inventário COPE em ambos os grupos.

A seguir, na Tabela 3, estão apresentados os dados da proposta de análise do enfrentamento individual das participantes, comparando-se os escores das EE obtidos através do Inventário COPE e a análise das EE presentes no discurso das participantes, extraído na entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”. As EE apresentadas na primeira coluna referem-se aos escores obtidos através do Inventário COPE, com pontuação entre 12 a 15 pontos (que representa uma frequência de uso “*muitas vezes*” da EE) e acima de 16 pontos (que representa uma frequência de uso “*sempre*”), conforme critérios de classificação do Inventário COPE.

Tabela 3

Dados comparativos individuais entre as Estratégias de Enfrentamento (EE) mais pontuadas pelo Inventário COPE e pela entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”

Participante	Estratégias mais pontuadas pelo Inventário COPE (pts)	Estratégias relatadas na entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”
P1	<i>Coping</i> ativo (16pts)	Busca de suporte por razões emocionais
	Busca de suporte social por razões emocionais (16pts)	Busca de suporte por razões instrumentais
	Planejamento (14pts)	Retorno para religiosidade
	Reinterpretação Positiva (14pts)	Foco na Emoção
	Desengajamento Mental (14pts)	
P2	Busca de suporte social por razões emocionais (16pts)	Busca de suporte por razões emocionais
	Retorno para religiosidade (14pts)	Reinterpretação Positiva
	Aceitação (14pts)	Aceitação
P3	Busca de suporte social por razões emocionais (16pts)	Retorno para religiosidade
	Busca de suporte social por razões instrumentais (16pts)	Busca por suporte por razões emocionais
	Aceitação (16pts)	Aceitação
	Retorno para religiosidade (16pts)	Reinterpretação positiva
P4		Retorno para religiosidade
	Busca de suporte por razões emocionais (14pts)	<i>Coping</i> ativo Planejamento Busca de suporte por razões instrumentais Busca de suporte por razões emocionais
P5	Aceitação (16 pts)	Aceitação

	<i>Coping</i> moderado	(15 pts)	Retorno para religiosidade Busca de suporte por razões emocionais
	<i>Coping</i> Ativo	(14 pts)	Reinterpretação Positiva
	Planejamento	(13pts)	Negação
P6	Negação	(12 pts)	Desengajamento Mental Comportamento Descomprometido
	<i>Coping</i> ativo	(16 pts)	Supressão de atividades concomitantes
	Planejamento	(16 pts)	Negação
P7	Busca de suporte social por razões emocionais	(15 pts)	Reinterpretação Positiva Busca de suporte por razões emocionais
	Reinterpretação positiva	(13 pts)	
	Busca de suporte social por razões emocionais	(16 pts)	Retorno para religiosidade Busca de suporte por razões instrumentais
P8	Busca de suporte social por razões instrumentais	(16 pts)	Busca de suporte por razões emocionais
	Reinterpretação positiva	(16 pts)	Reinterpretação Positiva
	Planejamento	(16 pts)	Aceitação
P9	Retorno para religiosidade	(14 pts)	Retorno para religiosidade Reinterpretação Positiva
	Reinterpretação positiva	(12 pts)	Busca de Suporte Instrumental
	Retorno para religiosidade	(16 pts)	Aceitação
P10	Aceitação	(16 pts)	Retorno para religiosidade Busca de Suporte/Emocional
	<i>Coping</i> moderado	(15 pts)	Reinterpretação Positiva
	<i>Coping</i> ativo	(15 pts)	
	<i>Coping</i> ativo	(16 pts)	<i>Coping</i> ativo
	Planejamento	(16 pts)	Planejamento
P11	Busca de suporte social por razões emocionais	(16 pts)	Busca de suporte por razões instrumentais
	<i>Coping</i> moderado	(16 pts)	Reinterpretação Positiva
	<i>Coping</i> Ativo	(16 pts)	<i>Coping</i> Ativo
	Planejamento	(16 pts)	Planejamento
P12	Aceitação	(16 pts)	Aceitação
	Busca de suporte por razões emocionais	(12 pts)	Supressão de atividades concomitantes
	<i>Coping</i> ativo	(14 pts)	Retorno para religiosidade Negação
P13	Retorno para religiosidade	(14 pts)	Foco na Emoção
	Planejamento	(13 pts)	Reinterpretação Positiva
	<i>Coping</i> ativo	(16 pts)	Retorno para religiosidade
	Planejamento	(14 pts)	Desengajamento Mental
P14	Retorno para religiosidade	(14 pts)	Comportamento Descomprometido
	Reinterpretação positiva	(15 pts)	Aceitação
	Planejamento	(16 pts)	Aceitação
P15	<i>Coping</i> ativo	(14 pts)	Retorno para religiosidade
	Supressão de atividades concomitantes	(14 pts)	Foco na Emoção
	Foco na Emoção	(14 pts)	Desengajamento Mental

Observa-se que, em todos os casos, pelo menos uma das EE com maior escore no Inventário COPE também se apresentou como a mais frequentemente relatada nas entrevistas. Com exceção de três participantes (P4, P6 e P13), todas as demais

apresentaram pelo menos uma EE com escore máximo de 16 pontos, sendo que duas daquelas participantes, P4 e P6, apresentaram apenas uma EE com escore acima ou igual a 12 pontos, que representa uma frequência de uso “*muitas vezes*”.

Com exceção de uma participante, P6, em que a EE *Negação* foi a de maior escore pelo Inventário COPE, sendo também identificada como mais frequente no seu relato juntamente com as EE *Desengajamento mental* e *Comportamento descomprometido*, para todas as demais participantes observou-se que as EEs *Busca de suporte por razões emocionais*, seguida por *Aceitação*, *Reinterpretação positiva*, *Retorno para Religiosidade* e *Planejamento* foram as mais mencionadas nos relatos; assim como também apresentaram maiores escores de acordo com o Inventário COPE.

Dados de Análise da Entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”: Aspectos Cognitivos (Percepções) e Emocionais (Sentimentos)

A entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação” buscou investigar aspectos cognitivos e emocionais, tais como percepções e sentimentos, das participantes diante da situação da Interrupção Involuntária e Voluntária da Gestação (IIG e IVG). Os relatos foram analisados com base nas categorias e subcategorias descritas anteriormente. A seguir na Tabela 4 estão apresentados os dados das entrevistas das participantes do grupo IIG.

Tabela 4

Números de relatos das participantes do grupo IIG por categorias (N=10)

Categoria	Subcategorias	Participantes	
“Contexto da gestação”	“Desejo/Planejamento da gestação”	Gestação Planejada ou Desejada	5
		Gestação não Planejada	3
		Gestação Indesejada	2
	“Relação com parceiro”	Relação Comprometida	8
		Relação Descomprometida	2

“Vivência do processo de interrupção”	“Apoio familiar”	Apoio Emocional	8	
		Apoio Instrumental	8	
		Apoio Financeiro	8	
	“Percepção do Processo de perda”	“Apoio da equipe de saúde”	Nenhuma forma de apoio	2
			Bom	0
			Ruim	4
	“Percepção física”	“Sentimentos vivenciados”	Indiferente	6
			Experiência com a dor	6
			Experiência com o aborto	5
	“Procedimentos médicos”	“Modo de enfrentamento”	Positivos	0
			Negativos	7
			Ambivalentes	3
	“Enfrentamento religioso”	“Enfrentamento não religioso”	Sim	4
Não			6	
Conforto			8	
“Enfrentamento não religioso”	“Enfrentamento religioso”	Busca de Significado	3	
		Controle	4	
		Não Expressaram Religiosidade	2	

Na categoria “Contexto da gestação”, a subcategoria “Desejo/planejamento da gestação” apresenta maior frequência de relatos relacionados a uma “Gestação planejada/desejada” (N = 5), uma vez que o discurso do desejo de ser mãe esteve presente na metade dos relatos, como no exemplo: “... *tinha parado de tomar o remédio para engravidar mesmo assim, foi tudo planejado*” (P2). A subcategoria “Gestação não planejada” foi encontrada no relato de 3 participantes, as quais declararam não ter planejado ou que, ao menos, não esperavam engravidar naquele momento de suas vidas (“*Assim, a gente não estava fazendo planos de ter outro filho, mas aconteceu e a notícia foi bem vinda, já tínhamos a Ana...* - P5). Enquanto a subcategoria “Gestação indesejada” foi encontrada no relato de 2 participantes, que afirmaram não ter desejado a gestação, como no exemplo dessa fala: “*Na verdade eu até senti um certo alívio depois, porque eu nem o João tínhamos condição de ter um filho naquele momento*” (P7).

As relações entre as participantes e seus respectivos parceiros foram representadas na categoria “Relação comprometida”, que esteve presente no relato de 8 participantes

deste grupo. Esse tipo de categoria pode ser exemplificada na afirmação de uma das participantes a seguir: *“E aí eu virei para o meu namorado e falei: eu preciso ter um filho! Então eu não convidei ele para casar eu convidei ele para ter um filho. E ele falou: mas assim? Sem casar? O que você vai falar com o seu pai?(...) E ele não aceitou e a gente então se casou para ter um filho(risos)”* (P4). A subcategoria “Relação descomprometida” foi apresentada no relato de apenas 2 participantes, com exemplos como: *“E até mesmo porque nós dois não tínhamos uma relação. Falando nisso eu disse para ele: a gente vai parar com isso, se eu tiver grávida, a gente vai namorar ou a gente não vai ter relação nenhuma! Uma coisa é você ir levando - e era isso que ele queria, outra coisa é você estar grávida e aceitar ficar com ele quando ele queria, sem compromisso”* (P6).

Diante da categoria “Vivência do processo de interrupção”, na análise da subcategoria “Percepção do processo de perda” observou-se que, no que se refere ao “Apoio familiar”, houve relatos sobre “Apoio emocional” (*“Ele ficou sofrido, mas eu estava tão sofrida, que ele me... ele se demonstrou muito forte, ele ficou do meu lado me dando apoio”*- P1), “Apoio instrumental” (*“Aí ele veio, me buscou com o carro, me levou para o médico...”* - P10) e “Apoio financeiro” (*“Era um tratamento muito caro, cada injeção que eu tomava gastávamos 800,00 reais...”* - P8), observados igualmente em 8 relatos das participantes. A subcategoria “Nenhuma forma de apoio” também foi observada, mas apenas em 2 relatos (*“Chorei muito e ele não me deu nenhum apoio. Ele disse que ficou aliviado”*- P3).

Na subcategoria “Apoio da equipe de saúde” observou-se que nenhuma participante relatou ter ficado satisfeita com a equipe de saúde. Enquanto 4 participantes relataram ter tido experiência negativa com a equipe, 6 relataram indiferença em relação ao atendimento recebido. O relato a seguir exemplifica a queixa de uma participante a respeito do tratamento recebido ao passar pelo procedimento de curetagem: *“Eu acho que o processo mais tenso para mim foi a curetagem, assim, no hospital. (...) só que é muito*

violento, assim, porque chega alguém e bota um negócio dentro de você e depois saem e te deixam lá (...) E depois eles me levaram para uma sala enorme cheia de coisas, e eu disse: não me deixa sozinha aqui não, porque antes eles deixam a gente sozinha um tempão. E depois que acabou a curetagem, ele (o médico) virou para mim e disse: 'só não volta daqui a dois meses'. E a enfermeira também me tratou muito mal. Ela chegou cantando um forró, eu não lembro qual, mas tinha a ver com essa coisa da menina que fica com todo mundo, e isso me incomodou bastante” (P6).

No que se refere à categoria “Percepção física”, “Experiência com a dor” foi relatada por 6 participantes, como ilustram essas duas narrativas: *“E aí a dor começou, uma dor, uma dor, uma dor, o guarda-roupa era do lado da cama, eu batia no guarda-roupa, você sentia que estava abortando. Estava era abortando, eu sentia muita dor, sangrei muito (...) Eu não conseguia andar direito” (P3); e “Depois dessas duas semanas eu comecei a sentir uma dor fortíssima, eu comecei a sangrar e a perda, ela é por pedaços, por blocos também, então saía muito pedaço de dentro de mim assim, e aí meu marido ligou para a médica e ela falou que era normal porque devia ter ficado alguma coisinha e aí o corpo estava fazendo força total para botar para fora. E aí eu senti a dor do aborto mesmo, que ela falou que a dor é até pior que a do parto às vezes... é, é uma dor horrorosa, eu só caí na cama e dormir depois disso, de tão terrível” (P1).*

A “Experiência com o aborto”, ou seja, com o produto final do abortamento, foi relatada por 5 participantes, em que se observou relatos como: *“Saí, e quando fui no banheiro fazer xixi, a placenta saiu na minha mão, foi aí que caiu a ficha, estava grávida e sofri um aborto. Ah, aí chorei dias. Eu guardei a placenta dias, depois resolvi e joguei fora. Eu estava de um mês e meio, era muito pequeno, era tipo uma pele com umas veias. Você via as veias, era placenta, branca, fiquei olhando para aquilo, mas não vi o feto, talvez tenha saído de manhã” (P3).*

Ao contemplar os “Sentimentos vivenciados” acerca da interrupção da gestação, observou-se predominância de sentimentos negativos, apresentados em 7 relatos, como no exemplo: *“Eu passei aquela madrugada (em que aconteceu a interrupção) chorando muito, eu pensei que eu fosse ser forte por eu já ter uma outra filha, as pessoas acham que isso relaxa, mas na verdade não. Eu me senti mal, me senti incapaz de ter gerado aquela criança”* (P5). Os sentimentos ambivalentes apareceram na narrativa de 3 participantes, que relataram ter experimentado sentimentos contraditórios e diversos como culpa e raiva, simultaneamente, como no exemplo a seguir: *“Eu sentia culpa, uma culpa meio raivosa, porque eu não sabia, então também não havia nada que eu pudesse fazer para evitar, mas ainda assim eu me sentia meio culpada, porque de uma forma ou de outra, assim, eu fiz sexo sem camisinha (...) mas também de qualquer forma, aquele não era o momento* (P7).

Na subcategoria “Procedimentos médicos” observou-se que 4 entrevistadas tiveram necessidade de passar pelo procedimento de curetagem demandando internação, como exemplifica o relato a seguir: *“Aí foi tenso, que aí eu tive hemorragia, que aí eu estava desfalecendo, e tive que ser levada às pressas até o hospital, perdi muito sangue... aí fui para um pronto-socorro que tinha o centro obstétrico liberado, aí eu tive que fazer a curetagem, mas era muito sangue mesmo, eu tive que fazer transfusão. Aí vim de Vila Velha para Vitória às pressas com um médico falando com o outro pelo celular e falando que eu tinha que ir direto para o centro cirúrgico que se não eu ia morrer mesmo. Aí eu entrei no centro cirúrgico para fazer a curetagem, a equipe médica estava me esperando, e aí eu apeguei né, e fiz...”* (P2). As outras 6 entrevistadas expeliram naturalmente o produto do abortamento, não apresentando intercorrências médicas (*“O aborto foi espontâneo mesmo, eu não precisei fazer a curetagem que eu tinha muito medo de fazer curetagem, muito medo. E aí o aborto saiu sozinho, eu senti, muita dor, mas saiu”*- P2).

Em referência à categoria “Modo de enfrentamento” observou-se que a ocorrência do Enfrentamento Religioso foi relatada por 8 participantes. Os relatos acerca do

enfrentamento religioso foram analisados e classificados nas subcategorias “Conforto”, “Busca de significado” e “Controle”, como descrito a seguir. A subcategoria “Conforto” foi apontada como a principal forma de enfrentamento religioso por 8 participantes, em geral através de relatos que expressavam aceitação (*“...a bíblia diz tudo tá escrito, que as coisas só acontecem com a permissão de Deus, eu não vou dizer que tudo estava escrito lá, que ia ficar grávida e depois abortar não vou afirmar isso. É ... que Deus permitiu que eu abortasse. pela fé que eu tenho foi uma permissão Dele (Deus)”* (P3). A subcategoria “Busca de Significado” esteve presente em 4 relatos, referindo-se à atribuição de um significado religioso para a experiência de abortamento, como pode ser observado na afirmação: *“Nada que eu tive na minha vida foi fácil, eu nasci com uma doença rara os médicos diziam que eu não iria sobreviver, então desde o início tudo para mim sempre foi uma luta. Ter entrado na faculdade não foi fácil, passar no concurso não foi fácil... e ser mãe também não, mas tudo tem um propósito, tudo tem um tempo determinado...é uma coisa que eu não entendo hoje, mas que lá na frente vai me ensinar alguma coisa”* (P8). A subcategoria “Controle” foi encontrada com menor frequência, em relatos de apenas 3 participantes. Na análise dessa categoria, foram observados o uso da religiosidade com objetivo de controlar a situação de alguma forma, como por exemplo, através de uma prece: *“Eu fiz uma oração e pedi (choro) - que se fosse para eu ter aquele bebê que ele viesse com saúde (...) E eu fiz essa oração, então eu acho que aquilo também foi um sinal. Eu entendi que seria melhor para mim daquela maneira, era melhor para o meu marido para a minha família, do que ter um bebe com problema, um bebê, né? ”*(P1).

No que se refere à categoria “Enfrentamento não religioso” é possível observar que 2 participantes não utilizaram a religiosidade como forma de enfrentamento podendo ser exemplificada através de falas como: *“Assim, como eu te falei, eu não acredito que nada disso tenha sido providenciado pelo divino, nada disso. Acho que eu passei por isso por motivos biológicos do meu corpo”* (P4).

Tabela 5

Números de relatos das participantes do grupo IVG por categorias (N=05).

Categoria	Subcategorias	Participantes		
“Contexto da gestação”	“Desejo/Planejamento da gestação”	Gestação Planejada ou Desejada	0	
		Gestação não Planejada	1	
		Gestação Indesejada	4	
	“Relação com parceiro”	Relação Comprometida	2	
		Relação Descomprometida	3	
“Vivência do processo de interrupção”	“Apoio familiar”	Apoio Emocional	1	
		Apoio Instrumental	2	
		Apoio Financeiro	3	
		Nenhuma forma de apoio	2	
	“Percepção do processo de perda”	“Apoio da equipe de saúde”	Bom	1
			Ruim	2
			Indiferente	2
	“Sentimentos vivenciados”	“Percepção física”	Experiência com a dor	4
			Experiência com o aborto*	2
			Positivos	3
			Negativos	1
			Ambivalentes	1
“Procedimentos médicos”		Sim	3	
		Não	2	
“Modo de enfrentamento”	“Enfrentamento religioso”	Conforto	3	
		Busca de Significado	1	
	“Enfrentamento não religioso”	Controle	1	
		Não Expressaram Religiosidade	1	

Na categoria “Contexto da gestação”, a subcategoria “Desejo/Planejamento da gestação” foi observada em 4 relatos das participantes que declararam ter considerado a “Gestação indesejada” (*“Não cogitei ter aquele filho, ou qualquer filho que seja. Desde*

*muito nova eu tenho plena certeza de eu não quero me reproduzir”- P11); enquanto a subcategoria “Gestação não planejada” foi relatada por apenas 1 participante, que apesar da falta de um planejamento inicial, declarou ter desejado aquela gestação (“*Eu falei com o meu namorado e ele discordou da ideia [de ter um filho] e disse que aquele não era o momento(...) e ele falou que não queria ‘ não quero, não estou preparado para constituir família’. E assim, foi uma imposição: ou você faz ou você faz!”- P13). A subcategoria “Gestação planejada/desejada” não foi relatada por qualquer participante deste grupo.**

Na subcategoria “Relacionamento com parceiro”, 3 das participantes relataram ter uma “Relação descomprometida” com os parceiros com quem engravidaram, como pode ser exemplificado com duas narrativas: “*Então foi quase um relacionamento meio lúdico assim, porque eu escolhi perder a virgindade com ele, ele não era meu namorado, não era nada disso*” (P12); e “*... eu tinha um amigo que volta e meia a gente saía, a gente transava, o famoso amigo com benefícios*” (P11). Duas das participantes relataram ter uma “Relação comprometida”, de acordo com os seguintes relatos: “*Eu já era casada e já tinha dois filhos*” (P14), e “*A gente ainda namorava, mas já pensávamos em casamento e tudo*” (P15).

Ao abordar a “Percepção do processo de perda” observou-se que na subcategoria “Apoio percebido”, o “Apoio financeiro” foi o mais relatado (por 3 das 5 participantes) conforme a seguinte narrativa: “*E a gente se organizou, juntou uma grana, porque isso é caro, sabe? Vem acho que duas pílulas 300 reais, e se não for o suficiente, você tem que tomar mais, e aí é mais 300 reais...*” (P11). O “Apoio instrumental” foi identificado no relato de 2 participantes, conforme o exemplo: “*Então...eu simplesmente cheguei em casa, minha mãe já preparada, já tudo certinho, pegamos as coisas, relembramos como tinha que ser o uso, tomei um banho, fiquei de boa, deitei em baixo do ventilador, coloquei uma pílula de cada lado na minha língua, e fiquei relaxada esperando eu dissolver o remédio, o remédio entrar na corrente sanguínea” - P11).*

Por último, a subcategoria “Apoio emocional” foi relatada apenas por uma das participantes: *“O irmão do ‘José’ tinha uma namorada, e ela estava acompanhando tudo, ela estava em casa no dia (...) então ela me ajudou muito nesse processo, então passei o dia lá, eu sangrei muito, e ela me ajudou muito, ela ficou muito do meu lado, perguntando se eu precisava de alguma coisa, o ‘José’ correu atrás de todos os remédios, tinha um que era muito difícil de encontrar...essas coisas da clandestinidade, né?”* (P12).

Na subcategoria “Apoio da equipe de saúde” houve relatos apenas de uma participante se referindo a aspectos positivos no contato com profissionais (*“Ele -o médico- já era conhecido nosso, e ele sabia né, da nossa luta com quatro (filhos), e aí eu acho que ele me ligou (...) e eu achei muito bom, ele foi muito bom para mim”*- P14). Ao contrário dessa participante, 2 outras relataram ter tido um contato negativo (*“Ah, eu tive muito medo, porque a gente sabe né? A gente escuta que quem faz aborto é maltratada, e eu tive muito medo de me deixarem ali. Me perguntaram se eu tinha tomado alguma coisa e eu falei que não!”*- P13); e 2 relataram indiferença devido ao fato de não terem tido qualquer tipo de contato com a equipe de saúde.

A “Percepção física” foi a categoria observada no relato de 4 das participantes, privilegiando a experiência com a dor da interrupção (*“Eu senti muita dor, quem já teve filho e já teve aborto sabe, é uma dor diferente, uma dor insuportável! “Eu sentia muitas dores nas costas, uma cólica fortíssima...”*- P13). Entre as percepções físicas acerca do abortamento, além das dores físicas relatadas, 2 participantes relataram ter tido uma experiência com o produto do aborto, de acordo com os seguintes relatos: *“Aí eu levantei e fui para o banheiro, e quando eu cheguei no banheiro desceu... tudo, sabe? Assim, certinho, eu esqueci o nome daquilo, é a... uma....um embrião ainda, tipo um saquinho, sabe? Um aglomerado de....de... de um aglomerado de células! Sabe? Um troço que tinha cor de alga! Entendeu? Que não é um bebê, uma vida igual as pessoas ficam falando, é*

um troço de célula, é o que você esfrega do seu corpo e cai no ralo, é a mesma coisa, entendeu? É célula morta! (P11).

A categoria “Sentimentos vivenciados” acerca da interrupção da gestação esteve presente nos relatos quando se observou predominância de “sentimentos positivos” em 3 das participantes, conforme as narrativas: *“Se eu tive aquele sentimento de “ai meu Deus o que que eu fiz”? Não! Eu tive um sentimento de graças a Deus! Tá inteiro, tá certinho, eu não vou ter hemorragia...” (P11)* e *“Aliviada! Muito aliviada! Acabou bem, porque assim, você tem muitos riscos né?” (P12)*. Os “sentimentos negativos” estiveram presentes em relatos de 2 participantes: *“Ah... eu chorei no dia mesmo, fiquei muito mal.” (P14)* e *“Me senti muito mal, muito entristecida durante umas semanas ainda.” (P15)*. Apenas uma participante relatou “sentimentos ambivalentes”: *“Naquele momento eu achei que estava fazendo a coisa certa, e que aquilo seria bom para mim(...) Eu pensei como eu fui capaz de fazer isso? Eu sou uma pessoa tão humana, tão carinhosa.../ Tô livre do julgamento! Ninguém sabe, ninguém vai me perguntar.../ Senti muito remorso, culpa, mesmo acreditando que aquilo tinha sido o melhor para mim” (P13).*

Em relação à subcategoria “Procedimentos Médicos”, 3 entrevistadas relataram ter passado por algum procedimento médico para interromper a gestação ou remover possíveis resquícios do aborto (*“Eu precisei fazer curetagem (...) e chegando eu tive que ficar internada e tive que fazer a curetagem”- P13*); enquanto 2 afirmaram não ter necessitado desse tipo de intervenção (*“Aí quando foi de noite começou a descer, e acho que porque ainda estava bem no início eu nem precisei fazer mais nada foi tudo”- P15*).

A respeito dos tipos de procedimentos utilizados para a interrupção da gestação, é informativo ressaltar que para esta amostra, 3 das participantes relataram ter feito uso do comprimido Citotec para induzir o abortamento, e com isso, 2 expeliram o aborto sem necessidade de curetagem e apenas 1 precisou ser internada para realização do procedimento. Outras 2 participantes procuraram procedimentos clandestinos realizados

por pessoas não habilitadas, de acordo com os relatos a seguir: *“E quando eu entrei na clínica eu pensei: ‘cara, se o cara me anestesiou, ele faz o que quiser comigo, né?’ Você tem muitos risco envolvidos, mesmo quem vai numa clínica. A gente vê histórias horríveis todos os dias, né?”* (P12), e *“ela era uma enfermeira (...) eu cheguei na casa dela umas 7 horas da manhã e ela me colocou uma sonda...”* (P14).

Em relação ao “Modo de enfrentamento”, 4 das participantes do IVG relataram ter utilizado “Enfrentamento religioso” e apenas 1 relatou que não (*“eu acredito, que se por acaso existir um Deus, ele não liga pra essas coisas não, sabe? (risos)”*- P12). No “Enfrentamento religioso” a categoria “Conforto” apresentou maior frequência, sendo relatada por 3 das 5 participantes. Conforme o relato a seguir, é possível observar que o conforto representou a necessidade de se obter um perdão divino pelo ato de interromper a gestação (*“...Eu pedi perdão a Deus, pensei assim: Aí meu Deus o que foi que eu fiz? Mas se eu disser assim, o senhor sabe, tá vendo a minha situação...porque assim, nós não tínhamos nada, nós morávamos num cômodo...”*- P14). Ressalta-se que a participante P13 apresentou concomitantemente no seu discurso relatos referentes à categoria “Busca de significado” e “Conforto”, como no pode ser observado a seguir: *“Eu cheguei à conclusão que não adiantava carregar esse peso nas minhas costas, então eu orava muito a Deus (...) eu senti que eu precisava me arrepender, porque até então eu não havia me arrependido, eu não tinha esse sentimento de arrependimento, então eu fiz muita oração, eu pedi muito a Deus, ‘Deus, me dá o arrependimento...’ e com o tempo isso veio acontecendo. E eu me senti perdoada e desde então eu não carrego esse fardo”* (P13).

A categorias “Busca de significado” e “Controle” apresentaram menores frequências, sendo relatadas apenas por 1 das participantes, cada uma delas. O significado atribuído pode ser observado na seguinte narrativa: *“... Eu acredito que tudo aquilo, toda aquela vida ficou para trás. A gente quando encontra a verdade (Deus) é libertada das coisas que a gente fez lá atrás no passado”* (P15). Enquanto “Controle” esteve relacionada

à necessidade de justificar a tomada de decisão de interromper a gravidez, como pode ser observado nesse relato: *“Assim... a minha mãe, por ser uma pessoa assim...ahm... evangélica, cristã, ela ficou muito pesada em relação a isso, muito culpada, eu cheguei até a falar para ela: mãe, você não fez nada, quem fez fui eu, e eu não tenho a menor culpa disso, porque uma das coisas que eu trago da religião para mim é o livre arbítrio, entendeu? Deus deu o livre arbítrio, cara...ele não vai tirar...sabe?...Ele deu o direito de escolher! Quem são os outros para dizer que não!?”* (P11).

Discussão

A pesquisa buscou abordar a questão da interrupção da gestação e possíveis variáveis envolvidas no processo de enfrentamento da situação de abortamento, com enfoque no estudo do *coping* de mulheres que vivenciaram essa experiência de forma voluntária e involuntária e nas especificidades de cada contexto de experiência. Cabe inicialmente discutir sobre algumas questões metodológicas relacionadas às dificuldades pertinentes ao próprio tema escolhido, já que se trata de questão polêmica como apresentada na Introdução (Borsari et al., 2013; Mauriti & Furegatto, 2010). Diante disso, foi escolhida como estratégia para contatar as mulheres o método de “amostragem por indicação”, que se mostrou relativamente eficaz no processo de seleção das participantes. No caso das participantes do grupo de participantes que passaram pela Interrupção Involuntária da Gestação (IIG), o método possibilitou com facilidade identificar e contatar mulheres que correspondessem ao perfil desejado para amostra, conseguindo-se atingir o número de participantes esperado. Entretanto, para compor o grupo de mulheres que tiveram uma Interrupção Voluntária da Gestação (IVG), o método não resultou como esperado, uma vez que não foi possível alcançar o número de 10 participantes também previsto para este grupo. Sendo assim, a pesquisa teve que ser realizada com dois grupos com números distintos de participantes, sendo o grupo IIG composto por 10 e o grupo

IVG composto apenas por 5 participantes, o que dificultou em muito a análise comparativa entre os grupos anteriormente proposta, assim como a generalização dos resultados.

No entanto, cabe destacar que foram inúmeros os intentos para ultrapassar tais dificuldades, quando foram adotadas outras estratégias para compor a amostra, como cartazes e divulgação da através da internet, ainda assim sem sucesso. Tal insucesso pode ser explicado pelo fato de que, como mostra a literatura (Diniz & Medeiros, 2010; Rebouças & Dutra, 2011) a interrupção voluntária da gravidez envolve aspectos polêmicos, como será discutido a seguir. Deste modo, o baixo número de mulheres que se dispuseram participar da pesquisa relatando sua experiência de IVG pode ser atribuído aos mesmos fatores que as impedem de se expressar sobre a sua vivência, tais como a clandestinidade, a discriminação e o julgamento social sofrido por elas ao optarem por interromper uma gestação (Carvalho & Paes, 2014b; Sereno et al., 2012). Esses fatores são responsáveis pelo tabu gerado em torno da questão da IVG, fazendo com que as mulheres passem por essa experiência em silêncio e permaneçam caladas com receio de retaliações (Gesteira et. al., 2008; Diniz & Medeiros 2010; Ministério da Saúde, 2011). Por outro lado, tal dado confirma a relevância social e científica de trabalhos como o presente, que possibilita dar voz à mulher que vivencia silenciosamente a situação de IVG com intuito de estudar suas percepções e sentimentos acerca dessa experiência e fornecer evidências científicas sobre o processo de enfrentamento diante desta condição de vulnerabilidade psíquica.

Deste modo, com o objetivo de explorar os aspectos cognitivos (percepções) e emocionais (sentimentos) de mulheres que vivenciam uma IVG, comparadas àquelas que passam por uma IIG, foram feitas entrevistas individuais, quando foi possível coletar relatos para analisar o discurso de cada participante acerca das circunstâncias que cada uma vivenciou seu momento da interrupção da gestação. Nesse sentido, a metodologia de análise de conteúdo adotada propiciou investigar possíveis associações entre a percepção

feminina sobre a interrupção da gestação e o modo de enfrentamento utilizado por aquelas mulheres diante da situação, com ênfase em discutir relações entre o *coping*, aspectos pessoais e variáveis psicossociais. Para tanto, foi realizada uma análise do perfil psicossocial com base em variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, religião, vínculo empregatício) e psicossociais (relação com o parceiro, existência ou não de filhos). Essas variáveis permitiram relacionar diferentes fatores de ordem pessoal e socioeconômico com aspectos do enfrentamento destas mulheres acerca da interrupção da gestação.

Com base na análise desse perfil das participantes, foi possível observar que participaram da pesquisa, predominantemente, mulheres primigestas. Tanto o grupo IIG quanto o grupo IVG foram compostos majoritariamente por mulheres que ainda não haviam vivenciado a experiência da maternidade. No que se refere ao grupo IIG, esse dado está em acordo com a literatura que afirma ser a interrupção involuntária recorrente em 12% a 24% das primeiras gestações (Brasil, 2010, Séjourné et al., 2010). No entanto, no caso do grupo IVG esse dado pode refletir ainda o início precoce da vida sexual, com consequentes dificuldades de planejamento da maternidade/paternidade e de adesão a métodos contraceptivos (Carvalho, 2009). Diferentemente, em relação à idade e escolaridade, enquanto o grupo IIG foi formado majoritariamente por mulheres com idade média de 26,1 anos na época da interrupção da gestação (com variação entre 21 e 39 anos) e com altos níveis de escolaridade, o grupo IVG foi composto por mulheres mais jovens, com idade média de 20,4 anos na época da interrupção (com variação entre 16 e 22 anos) e com baixos níveis de escolaridade. A esse respeito, Diniz & Medeiros (2010) afirmam que a maioria das mulheres que realizam uma IVG, o fazem pela primeira ou única vez entre 18 e 29 anos, tendo como pico de maior frequência desta prática as idades de 20 a 24 anos. Cabe destacar que as participantes da pesquisa que passaram pela experiência de uma IVG possuíam idades ainda mais inferiores que os dados encontrados na literatura como média

nacional, o que pode ser motivo de preocupação importante de ser considerado, apesar das limitações para generalização dos dados da pesquisa já discutidos.

Em relação à idade, nota-se que a idade média das participantes do grupo IIG no momento da interrupção da gestação não correspondeu à faixa etária de risco para interrupção involuntária da gravidez, ou seja, gestantes com idades acima de 35 anos de acordo com Ximenes & Oliveira (2012). Nesse sentido, as autoras salientam que a faixa etária materna não deve ser encarada como um fator meramente biológico que, isoladamente, pode acarretar complicações para a mãe e seu filho, já que mais importante do que a idade são as condições de vida e saúde das gestantes (Ximenes & Oliveira, 2012). Ademais, como já discutido, 9 das participantes deste grupo (IIG) eram primigestas, o que pode ter influenciado a interrupção não planejada da gestação, mais até do que a idade das participantes propriamente dita.

No que se refere ao nível de instrução, constata-se que as participantes do grupo IIG possuíam níveis mais altos de escolaridade em relação às participantes do grupo IVG, sendo que dentre as 10 participantes, 8 eram graduadas e, destas, 4 possuíam pós-graduação, ainda com metade desse grupo inserido no mercado de trabalho. Segundo Lopes, Menezes, Santos & Piccini (2006), estes dados refletem uma tendência atual de mulheres com maior nível de escolaridade investirem no planejamento da sua maternidade. Cumpridas etapas como qualificação, inserção no mercado de trabalho e estabilidade na relação com parceiro, a mulher programa engravidar e atribui à gestação uma série de expectativas. De fato, neste grupo foi observado que 7 das dez participantes se declararam casadas, enquanto que no grupo IVG as mulheres eram majoritariamente solteiras ou namorando no momento da interrupção, o que será discutido mais adiante.

Em contraste com essa realidade, as participantes do grupo IVG apresentaram menores níveis de escolaridade, tendo todas elas apenas o ensino médio concluído e sem inserção no mercado de trabalho no momento da interrupção da gestação. De acordo com

Carvalho & Paes (2014a), esses dados estão de acordo com a realidade brasileira, onde a IVG é mais frequente entre mulheres jovens e de escolaridade baixa, em condição de maior vulnerabilidade social. Nesse sentido, variações nas condições sociais, tais como escolaridade, renda e emprego são fatores que afetam diretamente a decisão de interromper a gestação (Diniz & Medeiros, 2010; Cecatti, Guerra, Souza e Menezes, 2009). Entretanto, não se pode desconsiderar que a baixa escolaridade deste grupo pode ser atribuída à pouca idade das participantes no momento da interrupção da gestação, já que tinham média de idade inferior a 21 anos, enquanto que as mulheres do grupo IIG tinham média de idade maior (26,1 anos).

No entanto, é importante problematizar a escolarização como um fator determinante para a IVG, uma vez que esses resultados também refletem uma distribuição etária da educação, na qual o nível de escolaridade é maior entre mulheres mais velhas e a incidência de IVG é maior entre mulheres mais jovens (Diniz & Medeiros, 2010; Cecatti et al., 2009), o que também foi visto na pesquisa. Além disso, os efeitos indiretos da educação na vida da mulher, com a entrada no mercado de trabalho por exemplo, são tão ou mais importantes que os efeitos diretos do nível de informação sobre a reprodução e sexualidade femininas acessíveis pela mulher com maior escolaridade (Diniz & Medeiros, 2010).

Também se considera variável importante de ser discutida a condição econômica das participantes. As participantes do grupo IIG apresentaram renda superior à renda das integrantes do grupo IVG. Tal dado indica que a busca pela interrupção voluntária da gestação não é um fenômeno restrito às camadas sociais de menor renda, sendo um fenômeno presente em todo estrato socioeconômico. Relatos das participantes do grupo IVG sugerem que a condição econômica pode ter influenciado diretamente os procedimentos adotados para realizar a interrupção da gestação, apesar de todas as participantes deste grupo, independentemente da sua renda, terem se submetido a

procedimentos inseguros para interromper a gestação. Para lidar com a opção feita e as limitações imputadas pela legislação, as mulheres recorrem a métodos os mais seguros possíveis para a interrupção da gestação, entretanto esses métodos possuem custos elevados. Para a realização desses, 3 das participantes contaram com apoio financeiro da sua família ou de seu parceiro já que o procedimento, em geral, é oneroso quando realizado com profissionais capacitados em clínicas médicas. Além disso, o apoio financeiro também se deu em casos cuja interrupção foi feita por uso de medicação, quando familiares e parceiro ajudaram com suporte para acompanhamento médico após o abortamento. Para ambos os casos, a literatura considera que existe um custo elevado para interromper uma gestação, não só pelo alto valor da medicação e dos procedimentos, como também pelas despesas particulares com transporte e realização de exames como ultrassonografia (Souza et al., 2010).

Cabe ainda discutir que 2 das participantes do grupo IVG não receberam apoio financeiro, se submetendo a condições inseguras em lugares totalmente impróprios, sem condições mínimas de higiene e com pessoas não qualificadas para realizar o procedimento de interrupção. Isto caracterizaria o abortamento inseguro ou de risco para a mulher, que sempre está associado à ilegalidade e clandestinidade da prática e à má qualidade da assistência prestada (Gesteira et. al., 2008). Nesse sentido, é comum a mulheres que desejam interromper a gestação, realizar a autoindução por medicamentos ou buscar práticas médicas “não oficiais” ou clandestinas, realizadas por pessoas não qualificadas em condições precárias, inseguras e ambientes sépticos (Souza et al., 2010). Ressalta-se ainda que o abortamento inseguro é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna no Brasil (Ministério da Saúde, 2011). Assim, diferenças sociais contribuem sobremaneira para o agravamento dessa questão, uma vez que, de acordo com a condição financeira familiar, os danos provocados por um abortamento clandestino podem ser minimizados quando a mulher tem acesso a serviços de saúde particulares, o

que muitas vezes não é possível para mulheres de camadas sociais mais baixas (Carvalho & Paes 2014b). Logo, o abortamento provocado configura-se em maior risco para a mulher com menor poder aquisitivo, uma vez que elas se submetem a procedimentos realizados nas piores condições possíveis, sofrendo também as piores consequências (Souza et al., 2010; Carvalho & Paes, 2014b).

É informativo ressaltar que 4 das 10 participantes do grupo IIG e 3 das 5 participantes do grupo IVG relataram ter apresentado alguma intercorrência médica, com necessidade de internação para realização de curetagem. No caso das participantes do grupo IVG as intercorrências ocorreram após uso do comprimido Citotec (método adotado pelas 3 participantes do IVG). Sobre isso, Diniz & Medeiros (2010) apontam a necessidade de internação para o procedimento de curetagem após a IVG como um grave problema de saúde pública, uma vez que metade dos abortamentos via medicação chegam ao serviço público de saúde devido a sérias intercorrências e necessidade de internação (Carvalho & Paes, 2014b).

Relacionamento com o parceiro também foi analisado e será discutido a seguir. O relacionamento que as participantes mantinham com seus parceiros na época em que ocorreu a interrupção da gestação se configurou como fator essencial na compreensão do contexto em que ocorreu o abortamento. Como brevemente citado anteriormente, no grupo IIG as mulheres eram majoritariamente casadas (7 das 10), enquanto que no grupo IVG predominaram mulheres solteiras ou em relacionamento de namoro com seu parceiro (4 das 5). Nos relatos destas mulheres, foi possível perceber que o tipo de relacionamento com o parceiro no momento da interrupção foi aspecto de grande relevância na vivência da interrupção da gestação, uma vez que esteve diretamente relacionado ao planejamento/desejo ou não da participante pela gestação e a percepção de apoio emocional recebido do seu parceiro. No grupo IIG, metade das participantes relataram ter planejado/desejado a gestação, sendo que destas, todas eram casadas. Em contrapartida, as

outras participantes que relataram não ter planejado ou não ter desejado a gestação eram solteiras ou em relacionamento de namoro. Dessa forma, sugere-se que o planejamento da gestação pode estar diretamente relacionado ao tipo de vínculo entre a mulher e seu parceiro, em consonância com dados da literatura que indicam que a falta de planejamento para engravidar é visto com maior frequência em mulheres solteiras (Lopes et al., 2006).

Ademais, o tipo de relação entre a mulher e seu parceiro também parece ser fator que influencia a percepção feminina do apoio emocional, uma vez que dentre as mulheres do grupo IIG, das 8 que relataram ter recebido apoio emocional dos seus parceiros, apenas uma não era casada, mas mantinha relação de namoro “sério”. No grupo IVG (com 5 participantes), notou-se que 3 afirmaram ser solteiras ou não ter um relacionamento estável no momento da interrupção, enquanto que as participantes casadas (2), relataram que já tinham filhos e decidiram interromper a gestação por receio de comprometer o orçamento familiar ou por falta de apoio do parceiro. Refletindo a este respeito, Carvalho & Paes (2014a) afirmam que gestações indesejadas e consequentes interrupções ocorrem, em geral, devido à instabilidade no relacionamento da mulher e seu parceiro. Tal instabilidade é marcada pela insegurança no momento da notícia da gravidez, que repercute na ideia de que sua situação é insustentável para ter um filho, irrompendo um processo de angústia e medo pela falta de apoio familiar ou do parceiro (Carvalho & Paes, 2014a). Isto posto, é importante considerar que 3 mulheres (2 do grupo IIG e 1 do grupo IVG) já haviam passado por três ou mais interrupções de gestações, o que pode afetar o padrão de enfrentamento (*coping*) do estresse decorrente deste tipo de situação. Tal dado pode ainda estar relacionado a variáveis como religião, fator importante de ser discutido neste estudo cujo objetivo foi também estudar o uso de *coping* religioso no enfrentamento da situação de interrupção voluntária e involuntária da gravidez.

Entre as participantes do grupo IIG, 8 declaram professar uma religião (5 evangélicas e 3 católicas). Entre as 5 entrevistadas do grupo IVG, 3 se declaram religiosas.

Dessa forma, no que concerne à religião, não foram observadas grandes diferenças entre os dois grupos. Tal dado corrobora a literatura, que demonstra não existir de fato diferenças significativas entre grupos religiosos no tocante à interrupção voluntária da gestação, uma vez que esta é uma prática exercida por mulheres de todas as religiões (Diniz & Medeiros, 2001; Cecatti et al., 2010).

De forma geral, a religião, o relacionamento com parceiro e a percepção de apoio familiar apresentaram relação com o tipo de enfrentamento adotado pelas participantes, analisado com base nos dados do Inventário COPE e da entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”. Cabe esclarecer que “Relacionamento com parceiro” e “Apoio familiar” são categorias definidas a partir da análise de conteúdo dos relatos das mulheres na entrevista e fazem parte de temas como “Contexto da gravidez” e “Vivência da interrupção”, respectivamente, que serão mais amplamente discutidas posteriormente.

Observou-se que as estratégias de enfrentamento (EE) com maior incidência em ambos os grupos foi a *Busca de suporte por razões emocionais*, com medianas acima de 12, mostrando que as participantes de ambos os grupos usavam esta estratégia com a frequência “*muitas vezes*”. No entanto, na análise comparativa entre o discurso encontrado nos relatos coletados nas entrevistas e os dados do Inventário COPE, observaram-se diferenças entre o uso da EE *Busca de suporte por razões emocionais* para os grupos IIG e IVG. Através da análise do discurso observou-se que, enquanto 8 participantes do grupo IIG relataram usar aquela EE, apenas 1 do grupo IVG apresentou evidências em seu discurso de uso desta EE.

As narrativas das mulheres do grupo IIG deixaram claro o uso da *Busca de suporte por razões emocionais* dada a importância do apoio familiar durante e após o momento da interrupção da gestação. Entre as formas de apoio mais relatadas por elas, se destacaram o apoio emocional do parceiro e da família (“*Ele ficou sofrido, mas eu tava tão sofrida, que*

*ele me... ele se demonstrou muito forte, ele fiou do meu lado me dando apoio(...)com certeza foi fundamental...”- P2). O apoio do parceiro foi revelado como fator crucial para a superação da vivência da interrupção da gestação, sendo a falta deste apontada como fator negativo pelas participantes (“...eu acho que nesse momento que eu estava vivendo, o término do relacionamento foi mais forte do que o aborto(...)eu fiquei triste, fiquei, mas naquele momento da minha vida, romper com ele foi mais difícil do que o aborto” - P3). O grupo IVG relatou outras modalidades de apoio recebido, como o instrumental e financeiro, sendo o primeiro relativo ao apoio recebido para que a gestação fosse interrompida (ser acompanhada no procedimento de interrupção, por exemplo); e o segundo relativo ao apoio para a compra do medicamento abortivo ou pagamento de clínicas clandestinas e exames. Constata-se, assim, que o contato com a família e com o parceiro apresentou relação direta com a utilização de EEs como *Busca de apoio por razões emocionais* e *Busca de suporte por razões instrumentais* para ambos os grupos.*

Deste modo, de acordo com os relatos, é possível concluir que o apoio emocional encontrado na rede de apoio social foi o principal mecanismo de *coping* usado pelas participantes do grupo IIG, sendo considerado elemento crucial para o processo de enfrentamento da interrupção da gestação. Esse dado corrobora com a literatura que destaca a importância do apoio social\emocional em casos de interrupção da gestação, indicando que estratégias como *Busca de suporte por razões emocionais* é uma das principais formas de enfrentamento da IIG (Volkner et al., 2006; Rowload & Lee, 2010).

Apesar do grupo IVG ter relatado menos uso da EE *Busca de suporte social por razões emocionais* na análise do discurso extraído das entrevistas, não se pode afirmar que o apoio emocional teve menor importância para o enfrentamento da situação de interrupção da gestação para esse grupo. De fato, para Gesteira et. al., (2008), ao decidir interromper a gravidez, as mulheres encontram-se em conflito com suas crenças, princípios religiosos e valores, o que faz emergir sentimentos de culpa; ao contrário,

quando a decisão pela interrupção é acompanhada do parceiro ou família, essa culpa é deixada em segundo plano, visando à resolução imediata de uma situação. Possivelmente este dado pode se sustentar no fato da IVG não ser aceita socialmente e, ao interromper voluntariamente a gestação, a mulher se cala por medo de retaliações, preferindo manter a situação em sigilo e necessitando de suporte emocional para enfrentar silenciosamente a situação (Souza et al., 2010).

Embora pelo Inventário COPE a EE *Retorno para Religiosidade* tenha apresentado frequência “muitas vezes” para ambos os grupos, na análise dos dados de enfrentamento obtidos através das entrevistas, esta EE não se revelou como a forma mais frequente para todas as participantes dos dois grupos (7 em 10 participantes do grupo IIG; e 2 em 5 participantes do grupo IVG). Desta forma, não se pode generalizar que a religiosidade desempenhou papel essencial no processo de enfrentamento de ambos os grupos, ainda que se possa considerar que o enfrentamento religioso seja frequente de acordo com a literatura (Hamama-Raz et al., 2014; Guedes et al., 2010), foi possível identificar que outras EEs também desempenham um papel de destaque diante do enfrentamento da interrupção voluntária e involuntária da gestação.

Cabe destacar que pelo Inventário COPE, a EE *Retorno para Religiosidade* foi a segunda mais usada para o grupo IIG, apresentando Md = 14, sendo menos utilizada apenas do que a EE *Busca por Suporte Social por Razões Emocionais* que foi a estratégia com maior mediana deste grupo, mas pouco maior que a outra (Md = 14,5). Igualmente, os dados das entrevistas deste grupo permitem constatar que a EE *Retorno para a Religiosidade* também foi utilizada por mais da metade das participantes do grupo IIG, dado que pode estar relacionado ao perfil deste grupo que se declarou majoritariamente religioso (8 em 10). Ao contrário, para o grupo IVG, a EE *Retorno para Religiosidade* teve frequência de uso menor do que as EE *Coping Ativo* (Md = 16) e *Planejamento* (Md = 16), que foram as EE principais utilizadas “sempre” pelas participantes deste grupo.

Deste modo, compreende-se que o uso da EE *Retorno para a Religiosidade* no enfrentamento do abortamento pode estar associado ao uso de outras EEs com características adaptativas e que favorecem o enfrentamento da situação. Apesar de Guedes et al. (2010) considerar que o uso do enfrentamento religioso em casos de IVG é pouco frequente ou utilizado com sentido negativo, ressalta-se que nas entrevistas deste grupo foram prevalentes relatos de participantes que se valeram da religiosidade com sentido positivo em busca de conforto, como pode ser observado na análise da categoria “Enfrentamento Religioso”.

Os discursos das participantes foram analisados de acordo com a categoria “Modo de Enfrentamento”, que foi desdobrada em Enfrentamento religioso e não-religioso, este último com subcategorias como “Conforto”, “Busca de significado” e “Controle”. Dessa forma, foi possível identificar através dos relatos de ambos os grupos, que a religiosidade foi utilizada de forma positiva pelas participantes. Todas as subcategorias, com maior frequência para a categoria “Conforto”, se revelaram presentes nos discursos das participantes de ambos os grupos. Desta forma, é possível inferir que o uso da religiosidade diante da interrupção involuntária e voluntária da gestação esteve associado com a busca de conforto espiritual para lidar com a situação. Corroborando com Pargament (1997), as participantes dos grupos IIG e IVG relataram o uso da religiosidade associado com relatos de alívio, conforto e consolo, o que, segundo esse autor, representariam as sensações proporcionadas pelo uso de forma positiva da religiosidade. E ainda, foi possível observar que o uso da religiosidade no contexto da IIG contribuiu para que as participantes atribuíssem à experiência de interrupção significados relacionados a providência divina ou vontade de Deus, proporcionando-lhes conforto e aceitação, tal como visto em outros estudos (Hamama-Raz et al., 2014).

Nessa direção, no que tange ao grupo IIG, ainda é possível estabelecer uma relação entre a EE *Retorno para a Religiosidade* e a EE *Aceitação* que foi relatada por metadesas

participantes deste grupo e apresentou frequência “*muitas vezes*” (Md = 13,5) pelo Inventário COPE. De acordo com Hamama-Raz et al. (2014), é possível relacionar estas duas EE, *Retorno para a Religiosidade e Aceitação*, uma vez que a aceitação pode ter sido proporcionada pelo uso da religiosidade, como ilustram relatos de mulheres daquele grupo: “*Olha, o bebê não tá bem, ele não vai nascer bem, então é melhor que não nasça né?*” *E eu fiz essa oração, então eu acho que aquilo também foi um sinal. Eu entendi que seria melhor para mim daquela maneira, era melhor para o meu marido para a minha família, do que ter um bebe com problema...*” (P2). Confirma-se assim, que um perfil religioso pode influenciar o enfrentamento da situação de abortamento, uma vez que a aceitação muitas vezes é promovida através da religiosidade representada pela vontade divina (Hamama-Raz et al., 2014).

No que se refere ao grupo IVG, apesar da EE *Aceitação* ter sido assinalada no Inventário COPE com frequência moderada (Md = 10), na análise do discurso das mulheres deste grupo esta estratégia foi mencionada por 4 das participantes. Segundo Larfage et al. (2013), a *Aceitação* está entre as estratégias de *coping* mais utilizadas durante o procedimento de interrupção da gestação em um contexto legal por anomalia fetal que, apesar de se tratar de uma situação distinta das participantes, trata-se também de uma situação de opção pela interrupção da gestação.

Todavia, a análise dos discursos do grupo IVG indicaram que o uso da EE *Aceitação* apresentou relação com o fato de a mulher aceitar que a gestação não desejada de fato ocorreu, cabendo a ela então tomar a decisão de interrompê-la para seguir sua vida normalmente, como ilustra o relato: “*É...dei mole, né? Aconteceu, e a partir do momento que aconteceu, o que eu posso fazer?*” (P12). Deste modo, ainda que a ideia de que a decisão de interromper a gestação sempre resulte em sofrimento emocional para a mulher (Kimport et. al., 2012), segundo Major et. al. (2009), deve-se considerar que quando se

trata de uma gestação indesejada não existem evidências de que a interrupção possa acarretar problemas psicológicos.

Deste modo, entende-se ainda que o uso da fé ou da espiritualidade no contexto da interrupção da gestação estaria relacionado à promoção de outras EE que não apenas a *Retorno para Religiosidade*. Além da EE *Aceitação*, como já discutido, o enfrentamento religioso apresentou relação com a EE *Reinterpretação positiva e crescimento*, uma vez que o uso da religiosidade também esteve associado à atribuição de significado para a experiência de interrupção, como pode ser observado através do relatos: “*Hoje eu penso que tudo que Deus conhece o nosso coração e perdoa o mau passo que a gente dá num momento de aflição* (P15) e “... *o meu lado evangélico diz que as coisas acontecem quando tem que acontecer, não fico procurando culpado e nem me culpando*” (P3).

Nesse sentido, pode-se considerar que os dados da pesquisa estão em consonância com parte da literatura que confirma ser a religiosidade uma estratégia bastante usada diante da IIG (Hamama-Raz et al., 2014; Volkner et al., 2006). Sendo assim, ao investigar o enfrentamento religioso diante da interrupção da gestação, constatou-se que a religiosidade foi um fator importante e facilitador do processo de enfrentamento da vivência do abortamento, uma vez que permitiu que as participantes dessem a cada experiência uma interpretação particular, atribuindo significados às situações que proporcionaram aceitação em todos os casos. De fato, como já discutido por Hamama-Raz et al. (2014) e observado neste estudo, o uso da religiosidade no contexto da IIG contribui para elaboração de um significado a experiência vivida, proporcionando conforto e aceitação da mulher. O mesmo foi observado no contexto da IVG, onde o uso da religiosidade, por meio dos mesmos mecanismos de aceitação e reinterpretação, favoreceu a ressignificação da situação por parte daquelas mulheres, adotando EE próprias de um estilo de *coping* engajado para lidar com a interrupção da gestação.

De uma maneira geral, não foram observadas diferenças em termos de frequência do estilo de *coping* (engajado *versus* desengajado) analisados através das EE identificadas pelo Inventário COPE para o enfrentamento da interrupção da gestação pelas participantes de ambos os grupos, IIG e IVG. Todavia, foi possível observar que algumas estratégias que indicam um estilo de *coping* desengajado, de acordo com Carver & Connor-Smith (2010), obtiveram menores escores no Inventário COPE. Entre elas, destaca-se a EE *Uso de Substâncias*, que apresentou mediana 4 para ambos os grupos, representando um uso com frequência “nunca” desta estratégia, ou seja, nenhuma participante faria uso deste tipo de EE. Entretanto, apesar de também caracterizar um enfrentamento desengajado, é possível observar que a EE *Comportamento descomprometido* foi igualmente pontuada com mediana 10 (uso “moderado”) para ambos os grupos (IIG e IVG), ainda que tenha sido relatada por apenas 3 participantes do grupo IIG e 4 do grupo IVG.

A EE *Comportamento descomprometido*, também característica de um estilo de *coping* desengajado, foi observada com menor frequência de uso (Md = 4) para o grupo IVG (“nunca”) e para o grupo IIG (Md = 7; “poucas vezes”), tendo também sido pouco observada nos relatos das entrevistas (2 relatos do grupo IVG e 3 relatos do grupo IIG). Ao contrário, EE *Negação* apresentou um uso “moderado” para o grupo IVG (Md = 9), mas “poucas vezes” para o grupo IIG (Md = 5,5). Entretanto, essa EE foi observada na metade dos relatos das participantes do grupo IIG, enquanto que apenas 2 das 5 participantes do grupo IVG revelaram em seus discursos essa EE. Tal dado se relaciona, no caso do grupo IVG, ao não planejamento da gestação, uma vez que essas mulheres não aceitavam que a gravidez havia acontecido negando esta possibilidade. Para o grupo IIG, entretanto, a EE *Negação* pareceu ter relação com o sofrimento decorrente da surpresa e impacto que o abortamento provoca, se recusando acreditar na sua perda gestacional. Para Carver & Connor-Smith (2010) a EE *Comportamento descomprometido* e *Negação*, representam um estilo de *coping* desengajado porque se baseiam em esforços da pessoa

com intenção de ignorar o estressor, mas que podem até acarretar mais problemas. Para estes autores, tais EE podem, inclusive, revelar, uma perspectiva fantasiosa que inibe reações comportamentais e emocionais (Carver & Connor-Smith, 2010). Conclui-se que, semelhanças e diferenças pontuais entre estilos de *coping* para cada grupo existiram, sobretudo no que se refere às EE características de um estilo de *coping* engajado. Tal como Carver & Connor-Smith (2010), este estilo de *coping* se caracteriza pelo compromisso e envolvimento no processo de enfrentamento, quando adotam-se estratégias de *coping* ativas, como busca de apoio, regulação emocional, aceitação e reestruturação cognitiva, usadas de forma intencional.

Como já mencionado, a EE *Coping Ativo* foi a mais utilizada pelo grupo IVG, com mediana 16, indicando frequência de uso “sempre”, diferente do grupo IIG que apresentou medianas 12,5 representando frequência “muitas vezes”. Pelas entrevistas também foi possível observar que essa EE foi mais utilizada pelo grupo IVG quando comparado ao grupo IIG, o que pode estar relacionado às possibilidades de enfrentamento inerentes a cada situação. Enquanto o grupo IIG declarou ter recebido maior apoio emocional, o grupo IVG precisou concentrar seus esforços de *coping* na busca ativa de estratégias individuais e dinâmicas para lidar com a situação. Outra hipótese é que no caso do grupo IVG a gestação indesejada representou um estressor, cuja interrupção consistia na busca ativa de medidas para solucionar a questão. Sobre isso, Gesteira et al. (2006) afirmam que a mulher que não deseja a gestação vê na sua interrupção a única saída para essa situação; logo, a própria decisão de interromper a gestação se caracterizaria como uma estratégia de *Coping Ativo*.

Outra estratégia característica de um estilo de *coping* engajado pontuada com maior frequência pelas participantes de ambos os grupos, segundo dados do Inventário COPE, foi a EE *Planejamento*. O grupo IVG apresentou mediana 16 e uso com frequência “sempre”, enquanto o grupo IIG apresentou mediana 13 e frequência de uso “muitas

vezes” para essa estratégia. Para o grupo IIG, essa EE foi observada também em 4 dos discursos das participantes, estando associada ao planejamento de uma nova gestação (“*E aí tentamos de novo até que veio a ‘Maria’- P4*”). Corroborando estudos de Hsu et al. (2002), esse dado se relaciona a antecipação de uma nova gravidez, estratégia recorrente em situações de IIG. Da mesma forma para o grupo IVG, a EE *Planejamento* também foi bem frequente, estando presente no relato de mais da metade das participantes, associada a comportamentos relativos ao preparo e planejamento da própria interrupção da gestação.

A EE *Busca de suporte social por razões instrumentais* apresentou uso “moderado” pelo Inventário COPE e foi observada no discurso de mais da metade das participantes do grupo IIG. Para este grupo, a *Busca de suporte social por razões instrumentais* consistiu na busca por amigas e mulheres próximas para conversar sobre a experiência de perda gestacional, por grupos em redes sociais para compartilhar tal experiência e pela procura de informações com profissionais de saúde. Igualmente para o grupo IVG, a EE *Busca de suporte social por razões instrumentais* apresentou frequência de uso “moderado” (Md = 11), estando presente nas narrativas de 2 das participantes deste grupo, em relatos que contavam como aquelas mulheres buscaram apoio instrumental para realizar a interrupção da gestação (meios para obter a medicação, conversa com profissionais clandestinos etc.).

A EE *Coping moderado* apresentou mediana 11 e frequência de uso “moderado” para o grupo IVG, e mediana 8,5 com frequência de uso “poucas vezes” para o grupo IIG. Esta estratégia foi observada em 2 dos relatos do grupo IVG e cerca de 20% do grupo IIG. Para este último grupo, possivelmente este dado se explica em relação a EE *Aceitação*, uma vez que, para as mulheres daquele grupo, este tipo de *coping* pareceu se relacionar à aceitação da situação, seguida da espera pelo momento oportuno para tentar engravidar novamente (“*...depois da perda eu esperei terminar todos os exames, tentei relaxar e aí começamos a tentar novamente*”- P10).

A EE *Supressão de atividades concomitantes* apresentou uso “moderado” pelo Inventário COPE para o grupo IIG (Md = 9) e para o grupo IVG (Md = 10), sendo relatada por pouco mais de 20% das 10 participantes do grupo IIG e por apenas 1 participante do grupo IVG. Observa-se que, comparando os dados do Inventário com os da entrevista, o uso dessa estratégia apresentou relação a um comportamento de reclusão e procrastinação de atividades diárias, como frequentar a faculdade e ir ao trabalho. Igualmente, a EE *Foco na Emoção* apresentou mediana 10 e uso “moderado” para ambos os grupos IIG e IVG, tendo sido também relatada por pouco mais da metade das participantes de ambos os grupos (6 e 3 respectivamente). Os relatos dessa estratégia estiveram relacionados a sentimentos de tristeza, raiva e frustração.

Como já discutido, EE características de um estilo de *coping* desengajado, como *Desengajamento mental*, *Negação* e *Comportamento descomprometido*, foram observadas com medianas que representavam que estas EE eram usadas com frequência “poucas vezes” ou “moderada”, de acordo com Inventário COPE. No entanto, foi possível observar que determinadas EE como, por exemplo, *Negação* e *Comportamento descomprometido* apresentaram resultados diferentes quando comparadas aos relatos obtidos através da entrevista, uma vez que os dados da análise do discurso revelaram que a EE *Negação* foi relatada por metade das participantes do grupo IIG e por menos da metade do grupo IVG. Já a EE *Comportamento descomprometido* foi relatada apenas por bem menos da metade (n = 3) participantes do grupo IIG e por mais da metade (n = 4) do grupo IVG. Logo, isto revela que ambos os grupos apresentaram nos relatos das entrevistas estratégias pouco resolutivas, próprias de um estilo de *coping* desengajado, diferente do que pode ser avaliado pelo instrumento de medida psicométrico. Isto ressalta a importância de se estudar um fenômeno como o *coping* por uma abordagem multi-metodológica a fim de facilitar capturar o processo de enfrentamento e não somente o fenômeno em si.

Ao realizar um estudo multi-metodológico, buscou-se relacionar os resultados obtidos através do Inventário COPE e das análises dos relatos obtidos nas entrevistas. Com tal análise foi possível identificar que o uso de determinadas EE não foi igualmente apreendido por ambos os instrumentos, como pode ser observado na Tabela 2 e na Figura 2. Para ampliar a compreensão do enfrentamento da interrupção da gestação é importante analisar aspectos cognitivos (percepções) e emocionais (sentimentos) da mulher diante da situação de abortamento, o que foi identificado também através do roteiro de entrevista “Revivendo a experiência da interrupção da gestação”. Tal roteiro, elaborado especialmente para a pesquisa, foi usado para coletar o relato verbal das mulheres sobre sua experiência de abortamento, com atenção especial para identificar no discurso destas mulheres indicadores do processo de enfrentamento adotados por elas nesta vivência, sobretudo o uso do *coping* religioso, como já discutido. O relato verbal coletado com este roteiro deu origem inicialmente a categorias de análise, que serão discutidas a seguir. Além da categoria “Modos de enfrentamento”, cabe esclarecer que algumas categorias já foram discutidas, relacionados às estratégias de enfrentamento, tais como “Relacionamento com parceiro” e “Apoio familiar”, que fazem parte da categoria “Contexto da gravidez” e “Vivência do processo de interrupção”, respectivamente.

No entanto, a categoria “Vivência do processo de interrupção” abarcou outras categorias, como as percepções emocionais e físicas das participantes no momento da interrupção, que foi desdobrada em subcategorias como “Percepção do processo de perda” (apoio familiar; da equipe de saúde; e percepções físicas), “Aspectos emocionais (sentimentos vivenciados)” e “Procedimentos Médicos”. Percepção do processo de perda relacionado ao apoio familiar também já foi discutida, cabendo então discutir a percepção feminina em relação à equipe de saúde.

Com relação à equipe de saúde, foi possível perceber que o descontentamento com o atendimento médico foi um elemento presente nos discursos de ambos os grupos,

quando as participantes declararam ter tido uma relação ruim com a equipe de saúde, expressando queixas de descaso e até de trato por parte dos profissionais. Além disso, as participantes do grupo IVG também relataram sentimentos de medo, insegurança e temor de que os profissionais pudessem negligenciá-las por saberem que induziram o término da gestação. Cabe destacar que, apenas 1 participante do grupo IVG se mostrou satisfeita com o atendimento recebido, talvez por esta participante ter sido submetida à uma cirurgia de laqueadura ao ser internada para realizar o procedimento de curetagem.

O receio e o medo relatado pelas participantes do grupo IVG pode ser elucidado pelos estudos que afirmam ser a prática da IVG considerada um ato criminoso e pecaminoso perante a sociedade. Desde o momento em que se identifica que a mulher provocou a interrupção da gestação, ela é menosprezada e julgada de forma discriminatória nos serviços de saúde (Carvalho & Paes 2014a; Lemos & Russo, 2014; Souza et. al., 2010). Gesteira et al. (2008) afirmam ainda que os profissionais de enfermagem percebem a prática da interrupção voluntária da gestação como algo reprovável representado por um discurso de censura e julgamento moral da mulher que a pratica.

Nesse sentido, existe discriminação dos profissionais de enfermagem sobre as mulheres que interrompem voluntariamente a gestação, quando se observa que estes profissionais priorizam a assistência às parturientes, puérperas e gestantes de alto risco, em detrimento da assistência às mulheres que abortam (Gesteira et al., 2008). Isto foi observado nos relatos das entrevistadas, revelado por uma das participantes do grupo IIG (P6) que relatou ter se sentindo desconfortável com a atitude do médico e enfermeira que prestaram assistência no hospital onde realizou o procedimento de curetagem. Segundo a participante, tais atitudes se deram a partir do julgamento de que ela teria induzido o abortamento, conforme o trecho a seguir: *“E depois que acabou a curetagem, ele (o médico) virou para mim e disse: ‘só não volta daqui a dois meses’. E a enfermeira*

também me tratou muito mal. Ela chegou cantando um forró, eu não lembro qual, mas tinha a ver com essa coisa da menina que fica com todo mundo, e isso me incomodou bastante” (P6).

As percepções físicas sobre o processo de perda na vivência da interrupção da gestação foram outros aspectos presentes nos discursos das participantes, se configurando como fator importante a ser discutido por ter expressado uma percepção física de dor e de contato com o produto do aborto. No primeiro caso, a percepção da dor física pareceu se relacionar com sensações de medo e desamparo das participantes de ambos os grupos, em especial no grupo IIG no qual mais da metade ($n = 6$) das participantes relatou dor física associada à sensação de fragilidade no momento da interrupção (“...eu estava sentindo tanta dor, e era uma dor muito forte assim, não dá nem para explicar. Eu tive que parar (o que estava fazendo) porque estava doendo muito. E aí naquele dia teve um momento que desceu tudo. E esse é outro momento difícil também que você vê saindo”- P1). Além disso, quase todas ($n = 4$) as participantes do grupo IVG relataram dor física e demandaram maior apoio instrumental e emocional da família e parceiros, por se sentirem mais fragilizadas e, sobretudo, temerosas acerca dos métodos inseguros usados para interromper a gestação. Desta forma, é possível observar que a percepção de dor foi fator marcante na vivência feminina do abortamento e deve ser considerado no planejamento da assistência a esta mulher, já que foi uma característica preponderante no discurso sobre o momento da interrupção da gestação em ambos os grupos.

Nesse sentido, Gesteira et al. (2008) salientam a presença da violência institucional na prática dos profissionais da saúde, através da discriminação explicitada em palavras, atitudes de caráter condenatórias e preconceituosas, descaso e postergação da assistência. Sobre isso, Lemos & Russo (2014) afirmam que ao buscar os serviços de saúde por complicações devido à interrupção insegura da gestação, as mulheres são muitas vezes vítimas do preconceito dos profissionais que as atendem. Elas sofrem com um

atendimento punitivo e discriminador pautado em valores morais dos profissionais de saúde que refletem na práticas assistenciais e que gera nelas sentimentos de insegurança, angústia, culpa e humilhação (Lemos & Russo, 2014).

O contato com o produto do abortamento também foi observado como uma percepção física relevante, experimentada durante o processo de perda na vivência da interrupção. O contato com o produto do aborto se deu em metade dos casos de mulheres do grupo IIG e em 2 dos 5 casos do grupo IVG. Este contato físico representou para a participante a confirmação da perda da gestação, tanto de forma espontânea como provocada. Em ambos os casos, ao se deparar com o produto do aborto no momento da interrupção, as participantes relataram sentimentos diversos como tristeza, frustração e alívio. Não foram encontrados estudos a respeito do contato da mulher com o produto do aborto na literatura, o que dificulta discutir este tipo de dado. No entanto, compreende-se que essa experiência se revela um momento crítico na vivência da interrupção, uma vez que a mulher é surpreendida pela imagem materializada do aborto, experimentando sentimentos diversos a partir das percepções acerca do produto do abortamento.

Os sentimentos experimentados durante a vivência da interrupção foram também identificados através dos relatos das participantes e serão discutidos relacionados a duas categorias “Vivência do processo de interrupção” e “Desejo/Planejamento da Gestação”, esta última subcategoria relativa à temática “Contexto da gravidez”. Relacionando estas duas categorias, observa-se que o desejo\planejamento da gravidez foi relatado por 7 das 10 participantes do grupo IIG, e que estas relataram ter vivenciado sentimentos negativos diante da interrupção, como frustração, tristeza e culpa. Sentimentos ambivalentes, como alívio e tristeza simultaneamente, estiveram presentes nos 3 relatos das participantes que mencionaram não ter planejado ou desejado a gestação. Ao contrário das participantes que relataram ter planejado e desejado a gestação as participantes que não planejaram ou desejaram a gestação apresentaram sentimento ambivalentes. Deste modo, entende-se os

sentimentos vivenciados diante da interrupção da gestação estão ligados ao desejo e ao planejamento da mesma. Sobre isso, Callister (2006) aponta que o sofrimento pela morte do filho ora planejado e desejado intensifica sentimentos de tristeza, frustração e insegurança. Deste modo, os sentimentos vivenciados pelas mulheres diante da interrupção da gestação estão relacionados ao planejamento e ao desejo da mulher pelo filho perdido (Zeferino & Furegato, 2013; Mariutti & Furegatto, 2010).

Foram observados ainda sentimentos positivos (alívio e libertação) após a interrupção da gestação, para 3 das 5 mulheres do grupo IVG, sendo que 4 delas relataram que a gravidez foi indesejada, ao passo que ambivalência de sentimentos (alívio e remorso) e sentimentos negativos (remorso e tristeza) estiveram presentes na outra parte do grupo. Segundo Patrão et al. (2012), mulheres que interrompem gestações desejadas e significativas, ou que se sentem inseguras na tomada de decisão pela interrupção, apresentam maior risco de ter respostas negativas, tal como encontrado neste estudo. Além disso, estes autores introduzem conceito interessante de ser tomado como referência para discussão aqui presente: a Síndrome do Pós-aborto, já mencionada na Introdução. Esta Síndrome é entendida como o aparecimento de problemas psicológicos em resposta emocional negativa ao abortamento e vem sendo adotada para se referir ao estresse pós-traumático e desordens mentais relatados por algumas mulheres após passarem pela interrupção voluntária de uma gestação (Cameron, 2010). Ao contrário, Kimport et. al. (2012) admitem que no caso da IVG podem também existir consequências psicológicas mais positivas, já que, apesar dos sentimentos negativos iniciais, a mulher, ao decidir interromper a gravidez, pode experimentar mais emoções positivas como alívio e confiança, do que negativas, como tristeza ou culpa.

Considerações Finais

O presente estudo possibilitou concluir que, apesar das particularidades inerentes à situação de IIG e IVG, não se pode inferir que o enfrentamento se dê de maneira distinta

entre ambas, sendo fatores como o apoio emocional e instrumental, o desejo pela gestação e a relação com o parceiro questões mais definitivas para o modo de enfrentamento do que propriamente a natureza da interrupção da gestação. Dessa forma, os resultados deste estudo confirmam que em ambas as situações de interrupção da gestação, as percepções e os sentimentos femininos vivenciados durante e após a perda gestacional estão particularmente relacionados com o desejo e idealização da gestação interrompida, assim como outros fatores discutidos, tais como o apoio social recebido e os significados atribuídos a esta vivência.

Todos estes fatores fazem parte e estão intimamente relacionados ao processo de enfrentamento e às estratégias de *coping* adotadas por mulheres para lidar com a interrupção, voluntária ou involuntária, da gestação, sem distinção de credo religioso, nível socioeconômico, escolaridade e estado civil. Em todos os casos não se pode afirmar que o *coping* religioso foi um enfrentamento prevalente em um grupo mais do que no outro, ou que teve efeitos resolutivos ou não para lidar com a situação de interrupção fazendo parte de um estilo de *coping* engajado ou desengajado, tal como define a abordagem disposicional do *coping*, modelo teórico conceitual adotado no trabalho. Desta forma, a hipótese inicial da pesquisa que supôs diferenças entre o uso da religiosidade para mulheres que passaram pela experiência de interrupção voluntária e involuntária da gestação foi refutada. É importante destacar que para confirmar ou refutar a hipótese inicial lançou-se mão de uma abordagem multi-metodológica para estudo do enfrentamento da interrupção da gestação, em que foram utilizados diferentes instrumentos de coleta de dados para fornecer indicadores que auxiliassem a compreensão do fenômeno do *coping*.

Relatos semelhantes nos discursos das mulheres de ambos os grupos, nos faz acreditar que, independente da sua natureza, a interrupção da gestação vem acompanhada de dores físicas e psicológicas que provocam na mulher sentimentos de medo e

insegurança. Nesse sentido, cabe aos profissionais e ao sistema público de saúde a prestação de um atendimento humanizado que propicie acolhimento e escuta considerando as demandas da cada mulher, com orientação aos métodos contraceptivos e encaminhamento para acompanhamento ginecológico e psicológico, caso necessário. Para tanto, ressalta-se a necessidade de erradicar a discriminação ainda existente no atendimento à mulher em situação de abortamento, de forma a não haver distinção de acordo com a natureza da interrupção, considerando-se, sobretudo, o estado de vulnerabilidade física e psíquica da mulher nesse momento.

Limitações amostrais devem ser consideradas para generalização dos dados e teve repercussão na consecução dos objetivos delineados, sobretudo quando a intenção era comparar o enfrentamento de mulheres que vivenciaram interrupção da gestação involuntária com a voluntária, grupo que contou com menos participantes. Assim sendo, não foi possível realizar comparações robustas dos dados de indicadores do processo de enfrentamento entre os grupos a fim de estabelecer diferenças seguras do tipo de enfrentamento adotado nas diferentes situações de interrupção da gestação. De todo modo, cabe ressaltar a contribuição da pesquisa diante da escassa literatura existente sobre *coping* no contexto da interrupção da gestação, especialmente com base na abordagem disposicional do *coping*. Sugere-se, então, pesquisas futuras com amostra maior a fim de superar as limitações já apontadas

Conclui-se que, em consonância com a literatura e respeitando as limitações da pesquisa para generalização dos dados, os resultados encontrados no presente estudo confirmam que tanto na vivência de interrupção voluntária quanto involuntária da gestação, o processo de enfrentamento está relacionado às percepções e sentimentos vivenciados durante e após a perda gestacional pela mulher frente à condição de vulnerabilidade física e psíquica impostas pela perda gestacional. Confirma-se, assim, que tal temática é de extrema relevância e merece ser investigada em estudos com maiores

possibilidades de generalização dos resultados, aplicabilidade no contexto de atenção à saúde da mulher, e produção de evidência científica aplicáveis ao campo de conhecimento teórico e prático em Saúde, Psicologia, e área afins.

Referências

- Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (2000). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Ed. Pioneira.
- Aragão, F. M. X., & de Oliveira, M. C. R. (2004). A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 17(2), 56-60.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bayle, F., & Martinet, S. (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Pereira, P. P., Lucia, M.C. S., & Zugaib, M. (2009). Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Revista da Associação Médica Brasileira (online)*, 55(3), 322-327.
- Boltanski, L. (2012). As dimensões antropológicas do aborto. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 7(4), 205-245.
- Borsari, C. M. G., Nomura, R. M. Y., Benute, G. R. G., Lucia, M. C. S. D., Francisco, R. P. V., & Zugaib, M. (2013). Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(1), 27-32.
- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequele. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24, 657-665.
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

- Carter, E. C., McCullough E., & Carver, C. S. (2012). The mediating role of monitoring in the association of religion with self-control. *Social Psychological and Personality Science*, 3(6) 691-697.
- Carvalho, S. M. (2009). *Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica*. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Carvalho, S. M., & Paes, G. O. (2014a). As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica. *Revista Saúde e Sociedade*, 23(2), 548-557.
- Carvalho, S. M., & Paes, G. O. (2014b). Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. *Escola Anna Nery*, 18(1), 130-135.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2011). Self regulation of action and affect. In K.D.Vohs & R. F. Baumeister (Orgs.). *Handbook of Self regulation: research, theory and applications* (2a ed., pp. 3-21). New York: Guilford Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-83.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283.
- Cecatti, J. G., Guerra, G. V. Q. L., Sousa, M. H. D., & Menezes, G. M. D. S. (2010). Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(3), 105-111.

- Colossi, E. G., Calesso-Moreira, M., & Pizzinato, A. (2011). Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem de um CTI adulto perante situações de estresse. *Ciência & Saúde*, 4(1), 14-21.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Cravinho, C. R. M., & Cunha, A. C. B. D. (2015). Enfrentamento da morte fetal pela enfermagem na abordagem disposicional e na Teoria Motivacional do Coping. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 307-317.
- Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. (1940). *Código Penal Brasileiro*. Acessado em 28 de Outubro de 2014, em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm
- Dias, M. C. M., Coutinho, E. C., & Duarte, J. C. (2012). *A perda gestacional e o processo de luto: quando o início é o fim da vida*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde do Viseu, Viseu, Portugal.
- Diniz, D., & Medeiros, M. (2010). Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 959-966.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.). *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp.41-72). New York: Plenum Press.
- Ferreira, S. M. (2012). *Torna-se mãe para deixar de o ser: Estudo qualitativo sobre aborto espontâneo*. Dissertação de Mestrado, ISPA Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.

- Foster, D. G., Kimport, K., Gould, H., Roberts, S. C., & Weitz, T. A. (2013). Effect of abortion protesters on women's emotional response to abortion. *Contraception*, 87(1), 81-87.
- Gesteira, S. M. A., Barbosa, L.; & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467.
- Gesteira, S. M. A., Diniz, N. M. F., & Oliveira, E. M. (2008). Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 449-53.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, S. M. C. (2010). Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 199-217.
- Gutiérrez, G. R., Durán, N. P., Trujillo, A. C., & Treviño, A. R. (2013). Psycho-emotional disorders in women after spontaneous abortion. *Medicine Research*, 2(2), 6-10.
- Hamama-Raz, Y., Hartman, H., & Buchbinder, E. (2014). Coping with stillbirth among ultraorthodox jewish women. *Qualitative Health research*, 20(2), 251-261.
- Hsu, M., Tseng, Y., & Kuo, L. (2002). Transforming loss: Taiwanese women's adaptation to stillbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 387-395.
- Kimport, K., Foster K., & Weitz, T. (2012). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from a qualitative analysis of women's abortion narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43, 103-109.
- Koenig, H. G. (2001a). Religion and Medicine I: Historical background and reasons for separation. *Psychiatry and Medicine*, 30(4), 385-398.
- Koenig, H. G. (2001b). Religion and Medicine III: developing a theoretical model. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(2), 199-216.

- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*. United States of America: Templeton Foundation Press (Obra original publicada em 2002).
- Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
- Kupst, M. J. (1994). Coping with pediatric cancer: Theoretical and research perspectives. In D. J. Bearison & R. K. Mulhern (Eds.). *Pediatric Psychooncology* (pp. 35-60). New York: Oxford University Press.
- Lahey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review, 118*(3), 482-491.
- Larfage, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2013). Women's experience of coping with pregnancy termination. *Qualitative Research, 23*(7), 924-936.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., & Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 828-840.
- Lemos, A., & Russo, J. A. (2014). Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 18*(49), 301-312.
- Lopes, R. D. C. S., Menezes, C., Santos, G. D., & Piccinini, C. A. (2006). Ritual de casamento e planejamento do primeiro filho. *Psicologia em Estudo, 11*(1), 55-61.
- Major B., Cozzarelli C., & Cooper, M. L. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry, 57*, 777-784.

- Major, B. P., Mueller, P., & Hildebrandt, K. (1985). Attributions, Expectations, and Coping With Abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(3), 585-599.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64, 863–890.
- Mariutti, I. M. G. & Furegato, A. R. F. (2010). Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 183-189.
- Marques, K. G. S., & Barreto, C. C. M. (2013). Avaliação das alterações biopsicossociais no enfrentamento do aborto com um grupo de mulheres. *Revista Brasileira de Avaliação em Saúde*, 3(2), 1-8.
- Martins-Melo, F. R., Lima, M. da S., Alencar, C. H. , Ramos, A. N. Jr., Carvalho, F. H. C., Machado, M. M. T., & Heukelbach, J. (2014). Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 508-520.
- Mazon, V., Carlotto, M. S., & Câmara, S. (2008). Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1), 55-66.
- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. (2009). Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological bulletin*, 135(1), pp.69.
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: o corpo grávido, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *Psicologia*, 28(2), 75-98.
- Ministério da Saúde (2011). *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma técnica* (2a. ed., Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 4). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acessado em 28 de Outubro de 2014, em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

- Nazaré, B., Fonseca, A. D. D., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Peritia - Revista Portuguesa de Psicologia*, 3, 37-46.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2011). Gravidez subsequente a uma interrupção médica: Especificidades de género na relação entre luto perinatal, psicossomatologia e qualidade de vida. *Anais Congresso em Saúde e Qualidade de Vida*, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal, 5.
- OMS, Organização Mundial da Saúde (2013). *Abortamento Seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde* (2ª. ed.). Acessado em 28 de Outubro de 2014, em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(11), 126-135.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Patrão, I., King, G., & Almeida, M. (2012). Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo. *Análise Psicológica*, 26(2), 349-354.
- Pedrosa, I. L., & Garcia, T. R. (2000). “Não vou esquecer nunca!”: a experiência feminina com o abortamento induzido. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 8(6), 50-58.
- Ralph, L., Gould, H., Baker, A. & Foster, D. G. (2014). The role of parents and partners in minors’ decisions to have an abortion and anticipated coping after abortion. *Journal of Adolescent Health*, 54, 428-434.

- Rebouças, M. S. S. & Dutra, E. M. S. (2011). Não nascer: Algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre aborto. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 419-428.
- Rosado-Nunes, M. J. (2006). Aborto, maternidade e a dignidade das mulheres. In A. Cavalcanti & D. Xavier (Orgs.) *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos* (pp. 23-39). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir.
- Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *University Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 274-286.
- Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., & Reardon, D.C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 10, 5-16.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebê*. Lisboa: Fim de Século.
- Segre, M. (2006). Considerações éticas sobre o início da vida: aborto e reprodução assistida. In A. Cavalcanti & D. Xavier (Orgs.) *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos* (pp. 43-60). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir.
- Séjourné, N., Callaham, S., & Chabrol, H. (2010). The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 3(28), 287-296.
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão. *Saúde Reprodutiva: Sexualidade e Sociedade*, 1, 65-81.
- Silva, E. L., & Menezes, E. M. S. (2005). *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação* (4. ed. rev. atual.). Florianópolis: UFSC.
- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping, and development. In J. B. Brandtstädter & R. M. Lerner (Eds.). *Action and self-development* (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2009). Challenges to developmental study of coping. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 124, 5-17.
- Souza, Z. C. S. N., Diniz, N. M. F., Couto, T. M., & Gesteira, S. M. A. (2010). Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 732-736.
- Steinberg, J. R., & Finer, L. B. (2010). Examining the association of abortion history and current mental health: a reanalysis of the national comorbidity survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medicine*, 13, 41-52.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Veit, C. M., & Castro, E. K. (2013). Coping religioso/espiritual e câncer de mama: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 1-22.
- Volkner, V., Covas, I. G., Franco, A. L. S., & Costa, O. L. N. (2006). Você se pergunta: porque não posso ter?: Aspectos psicológicos e sociais de mulheres com história de abortamento de repetição. *Revista Vivência*, 31, 101-110.
- Ximenes, F. M. A., & de Oliveira, M. C. R. (2012). A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 17(2), 56-60.
- Zeferino, M. G. M., & Furegato, A. R. F. (2013.) Aborto, depressão, autoestima e resiliência: uma revisão. *Revista Saúde e Transformação Social*, 4(3), 115-119.

Apêndices

Apêndice A

Termo de Livre Consentimento Esclarecido

I- Dado sobre a pesquisa científica

Título do projeto: *Dilemas da vida: coping religioso no enfrentamento da vivência do aborto;*

Orientadora: Ana Cristina Barros da Cunha (Docente PPGP/UFES);

Pesquisadora: Tassiana Guerzet Grouiou (Mestranda PPGP/UFES);

II- Informações sobre o projeto

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES);

Objetivo: Este estudo tem como objetivo estudar o enfrentamento (*coping*) de mulheres na vivência da interrupção voluntária e involuntária da gravidez, em relação ao perfil de enfrentamento (*coping*), o uso de *coping* religioso e os pensamentos e sentimentos pessoais sobre a vivência feminina do aborto.

Síntese de procedimento: A pesquisa será realizada nas seguintes etapas: 1) apresentação do projeto à direção após aprovação do comitê de ética; contato inicial com os participantes; 2) Aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: a- Inventário COPE e b- Entrevista.

Esclarecimentos:

- a) A participante terá o direito a quaisquer esclarecimentos em relação à pesquisa em qualquer momento da sua execução;
- b) A participação na pesquisa é voluntária, a participante não receberá e nem pagará para participar da pesquisa;
- c) A participante tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa e poderá se desligar em qualquer etapa, sem constrangimentos ou prejuízos de qualquer ordem;
- d) A participante autoriza a gravação das entrevistas em áudio, respeitados os princípios de sigilo e confiabilidade das informações, a gravação das entrevistas será destruída após a transcrição dos dados;
- e) Os dados obtidos com os instrumentos ficarão em poder do pesquisador por 5 anos, será mantido o sigilo e o caráter confidencial de todas as informações obtidas, a identificação dos participantes não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;
- f) Em caso de quaisquer desconforto apresentado pela participante na coleta de

dados, a mesma será encaminhada para o Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA) da Universidade Federal do Espírito Santo, situado no Campus de Goiabeiras Av. Fernando Ferrari n° 514 CEP 29090-000, telefone: 4009-2509.

- g) Quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES, pelo telefone (27)4009-2501 ou ao Comitê de ética em pesquisa com seres humanos, situado na UFES/Campus Goiabeiras, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Campus Universitário de Goiabeiras, Av. Fernando Ferrari, s/n, Vitória - ES, 29060-970, telefone: 4009-7840 ou email: cep.goiabeiras@gmail.com

Consentimento: *Eu, _____ abaixo assinado, em pleno uso e gozo de minhas faculdades mentais, declaro que aceito participar da pesquisa acima referida sem qualquer ônus financeiro, pessoal ou moral. Tenho conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico; entretanto, recebi garantias de que será mantido absoluto sigilo e respeito sobre minha identidade. Declaro ainda que, tenho plena liberdade para me retirar deste estudo a qualquer momento que decidir, sem que haja qualquer tipo de perda ou constrangimento. Considero plenamente satisfatórias as informações prestadas, bem como as respostas às dúvidas por mim suscitadas e responsabilizando-me pela veracidade das informações por mim fornecidas. Assim, aceito a assinar o presente Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias.*

Assinatura da participante: _____

Apêndice B

Protocolo de caracterização da amostra

1. Nome:
2. Escolaridade:
3. Estado civil: Casada () Solteira () União estável()
4. Tempo da união _____ anos
5. Possui filhos? () SIM () NÃO Quantos?
6. Na época do aborto tinha companheiro? () SIM () NÃO Quanto tempo?

7. Trabalha? () SIM () NÃO Quanto tempo? _____ Em que?
8. Possui religião ou alguma crença religiosa? () SIM () NÃO
9. É praticante dessa religião? () SIM () NÃO Em que tipo de atividade?

Apêndice C

Roteiro de entrevista “**Revivendo a experiência da interrupção da gestação**”

PERGUNTA PRINCIPAL: Poderia me contar como foi sua experiência de abortamento?

ITENS A EXPLORAR:

1. História da gravidez que resultou no aborto;
2. Pensamentos/sentimentos relacionados à experiência do abortamento;
3. Suporte psicossocial durante a experiência do abortamento;
4. Vivência do abortamento propriamente dita (explorar diferenças entre a experiência de interrupção voluntária e involuntária);
5. Enfrentamento da situação de abortamento (investigar estratégias de *coping* religioso);

Apêndice D

Participante	Momento da IIG						Momento da entrevista						Processo de interrupção	
	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Idade	Filhos	Religião	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Idade	Filhos	Religião	Procedimento	Nº de interrupções
P1	Casada	Graduação	Psicóloga	25	0	Evangélica	Casada	Pós-Graduação	Psicóloga	27	0	Evangélica	Natural	1
P2	Casada	Graduação	Servidora Pública	27-29	0	Católica	Casada	Pós-Graduação	Servidora Pública	29	0	Católica	Curetagem	2
P3	Solteira	Ensino Médio	Estudante	24	0	Evangélica	Solteira	Graduação	Estudante	31	3	Evangélica	Natural	1
P4	Casada	Pós-Graduação	Administradora	37-37-38	0	Agnóstica	Casada	Pós-Graduação	Administradora	40	4	Agnóstica	Natural	3
P5	Casada	Graduação	Dona de casa	30	1	Evangélica	Casada	Graduação	Dona de casa	32	2	Evangélica	Curetagem	1
P6	Solteira	Ensino Médio	Estudante	21-21-20	0	Agnóstica	Solteira	Ensino Médio	Estudante	21	0	Agnóstica	Curetagem	3
P7	Solteira	Ensino Médio	Psicóloga	21	0	Católica	Solteira	Graduação	Psicóloga	24	0	Católica	Natural	1
P8	Casada	Pós-Graduação	Servidora Pública	34	0	Evangélica	Casada	Pós-Graduação	Servidora Pública	34	0	Evangélica	Natural	1
P9	Casada	Ensino Médio	Dona de casa	21	0	Católica	Casada	Técnico	Dona de casa	51	2	Católica	Natural	1
P10	Casada	Graduação	Assis. Adm.	35	0	Evangélica	Casada	Graduação	Assis. Adm.	58	1	Evangélica	Curetagem	1

Figura 3. Dados individuais socioeconômicos e psicossociais das participantes do grupo IIG (N = 10)

Apêndice E

Participante	Momento da IVG						Momento da entrevista						Processo de interrupção	
	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Idade	Filhos	Religião	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Idade	Filhos	Religião	Procedimento	Nº de interrupções
P11	Solteira	Ensino Médio	Estudante	22	0	Evangélica	Solteira	Graduação	Jornalista	25	0	Evangélica	Remédio	1
P12	Solteira	Ensino Médio	Estudante	16	0	Agnóstica	Solteira	Técnico	Vendedora	27	0	Agnóstica	Cirúrgico	1
P13	Namorado	Ensino Médio	Dona de casa	22	0	Nenhuma	Casada	Ensino Médio	Dona de casa	45	3	Evangélica	Remédio	1
P14	Casada	Ensino Médio	Dona de casa	19-20-20-24	1-2-2-3	Nenhuma	Casada	Ensino Médio	Cuidadora	61	4	Evangélica	Cirúrgico	4
P15	Casada	Ensino Médio	Dona de casa	20	0	Nenhuma	Casada	Graduação	Professora	58	2	Evangélica	Remédio	1

Figura 4. Dados individuais socioeconômicos e psicossociais das participantes do grupo IVG (N=5)

Apêndice F

Tabela 6. Dados individuais e de grupo das Estratégias de Enfrentamento (EE) obtidos pelas participantes através do Inventário COPE (N=15)

	IIG										IVG								
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Média IIG	Mediana IIG	P11	P12	P13	P14	P15	Média IVG	Mediana IVG
<i>Coping</i> ativo	16	12	12	10	14	9	16	13	11	14	12,7	12,5	16	16	14	16	14	15,2	16
Planejamento	14	10	12	11	13	4	16	13	16	13	12,2	13	16	16	13	14	16	15	16
Supressão de atividades concomitantes	10	8	8	8	10	4	12	9	9	10	8,8	9	14	8	10	10	14	11,2	10
<i>Coping</i> moderado	10	6	4	7	15	6	11	13	7	15	9,4	8,5	16	4	11	11	10	10,4	11
Busca de suporte por razões instrumentais	12	12	12	11	8	5	12	16	10	8	10,6	11,5	10	6	11	11	12	10	11
Busca de suporte por razões emocionais	16	16	16	14	9	5	15	16	6	12	12,5	14,5	16	12	9	8	16	12,2	12
Reinterpretação positiva	14	10	10	11	12	5	13	16	12	10	11,3	11,5	12	8	5	15	12	10,4	10
Aceitação	14	14	16	11	16	7	11	13	10	16	12,8	13,5	13	16	10	10	10	11,8	12
Retorno para Religiosidade	16	14	16	14	8	4	7	16	14	16	12,5	14	4	4	14	14	12	9,6	10,8
Foco na emoção	10	8	10	8	12	7	10	12	11	12	10	10	14	10	6	6	10	10	10
Negação	8	6	4	10	4	12	5	8	5	4	6,6	5,5	9	4	11	11	9	8,8	9
Comportamento descomprometido	8	6	4	7	8	7	4	6	8	8	6,6	7	4	4	4	4	4	4	4
Desengajamento mental	14	8	12	7	12	10	7	10	8	12	10	10	10	8	10	10	10	9,6	10
Humor	4	8	4	4	4	4	10	7	4	4	5,3	4	7	4	5	5	7	5,6	5
Uso de substâncias	4	4	4	4	4	8	5	4	5	4	4,6	4	8	4	4	4	4	5,6	4

Anexos

Anexo I

Inventário COPE

Carver, Scheier & Weintraub (1989)

versão adaptada por Mazon, Carlotto e Câmara (2008)

Estamos interessados na forma com que as pessoas agem quando tem que fazer frente a acontecimentos difíceis ou estressantes. Existem muitas formas de tentar manejar situações estressantes.

Nas questões abaixo, você deve indicar o que geralmente faz quando experimenta uma situação de estresse. Responda a cada um dos itens marcando o número que corresponda às opções de resposta indicadas. Escolha suas respostas cuidadosamente, da forma mais sincera possível. Não existem respostas corretas ou incorretas. Escolha a que mais se adapta ao que **VOCE** pensa e não ao que a maioria das pessoas responderia.

Por favor, responda todos os itens.

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez frente a uma situação de estresse em seu trabalho.

- 1 não costumo fazer isso nunca
- 2 costumo fazer isso um pouco
- 3 costumo fazer isso várias vezes
- 4 costumo fazer isso muito

1. Tento crescer como pessoa aproveitando o resultado para minha experiência.	1	2	3	4
2. Concentro-me em outras atividades para afastar o problema da minha mente	1	2	3	4
3. Sinto-me angustiado e deixo aflorar minhas emoções	1	2	3	4
4. Procuro conselhos de outras pessoas a respeito do que fazer	1	2	3	4
5. Concentro meus esforços em fazer algo sobre a situação	1	2	3	4
6. Digo a mim mesmo: "isto não é real"	1	2	3	4

7. Ponho minha fé em Deus	1	2	3	4
8. Rio da situação	1	2	3	4
9. Admito para mim mesmo que não posso lidar com a situação e deixo de tentar	1	2	3	4
10. Tento dissuadir-me de fazer algo de forma apressada	1	2	3	4
11. Falo dos meus sentimentos com alguém	1	2	3	4
12. Consumo álcool ou drogas para sentir-me melhor	1	2	3	4
13. Acostumo-me com a ideia de que a situação aconteceu	1	2	3	4
14. Falo com alguém para saber mais sobre a situação	1	2	3	4
15. Evito distrair-me com outros pensamentos ou atividades	1	2	3	4
16. Sonho acordado com outras coisas diferentes da situação	1	2	3	4
17. Fico angustiado e consciente da situação	1	2	3	4
18. Peço a ajuda de Deus	1	2	3	4
19. Faço um plano de ação	1	2	3	4
20. Faço piadas sobre a situação	1	2	3	4
21. Aceito que a situação aconteceu e que isso não pode ser mudado	1	2	3	4
22. Demoro em fazer algo sobre o assunto até que a situação permita	1	2	3	4
23. Tento conseguir apoio emocional de amigos ou familiares	1	2	3	4
24. Simplesmente abandono a tentativa de alcançar meu objetivo	1	2	3	4
25. Tome medidas adicionais para tentar livrar-me do problema	1	2	3	4
26. Tento fugir da situação bebendo álcool ou tomando drogas (ou medicação)	1	2	3	4
27. Recuso-me a acreditar que a situação tenha acontecido	1	2	3	4
28. Deixo aflorar meus sentimentos	1	2	3	4

29. Tento ver a situação de uma forma diferente para fazê-la parecer mais positiva	1	2	3	4
30. Falo com alguém que poderia fazer algo concreto sobre o problema	1	2	3	4
31. Durmo mais que o habitual	1	2	3	4
32. Tento encontrar uma estratégia sobre o que fazer	1	2	3	4
33. Concentro-me em lidar com o problema e se for necessário, afasto outros temas da minha mente.	1	2	3	4
34. Consigo a simpatia e compreensão de alguém	1	2	3	4
35. Bebo álcool ou tomo drogas (ou medicação) para pensar menos na situação	1	2	3	4
36. Brinco sobre a situação	1	2	3	4
37. Desisto de tentar conseguir o que quero	1	2	3	4
38. Busco algo positivo no que está acontecendo	1	2	3	4
39. Penso sobre como poderia lidar melhor com o problema	1	2	3	4
40. Ajo realmente como se o problema não tivesse acontecido	1	2	3	4
41. Asseguro-me de não piorar as coisas por agir apressadamente	1	2	3	4
42. Tento evitar que outras coisas interfiram nos meus esforços para lidar com a situação	1	2	3	4
43. Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos na situação	1	2	3	4
44. Aceito a realidade do fato de que a situação aconteceu	1	2	3	4
45. Pergunto a pessoas que tiveram experiências parecidas a minha, o que elas fizeram	1	2	3	4
46. Sinto um grande mal estar emocional e me vejo expressando muito meus sentimentos	1	2	3	4
47. Realizo uma ação direta em torno do problema	1	2	3	4
48. Tento encontrar conforto na religião	1	2	3	4

49. Obrigo-me a esperar o momento adequado para fazer algo	1	2	3	4
50. Faço graça da situação	1	2	3	4
51. Reduzo a quantidade de esforço que dedico para resolver o problema	1	2	3	4
52. Falo com alguém sobre como me sinto	1	2	3	4
53. Utilizo álcool ou drogas (ou medicação) para ajudar-me a superar o problema	1	2	3	4
54. Aprendo a viver com a situação	1	2	3	4
55. Deixo de lado outras atividades para concentrar-me no problema	1	2	3	4
56. Penso profundamente sobre que passos devo tomar	1	2	3	4
57. Ajo como se nunca tivesse acontecido	1	2	3	4
58. Faço passo a passo o que tem que ser feito	1	2	3	4
59. Aprendo algo com a experiência	1	2	3	4
60. Rezo mais que o habitual	1	2	3	4

Anexo II

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPÍRITO SANTO - UFES -
CAMPUS GOIABEIRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa:

DILEMAS DA VIDA: COPING RELIGIOSO NO ENFRENTAMENTO DA VIVÊNCIA DO ABORTO

Pesquisador: Tassiana Guerzet

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31323214.8.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 699.789

Data da Relatoria: 13/06/2014

Apresentação do Projeto:

O aborto é um tema polêmico que abrange questões econômicas, sociais, culturais, políticas, éticas e religiosas, mas principalmente questões pessoais da própria mulher que vivencia a situação de interrupção, voluntária ou involuntária, da gravidez. Como uma prática condenada legalmente e que envolve aspectos psicológicos significativos, a mulher se depara com implicações diversas decorrentes desse tipo de vivência que, em grande parte, envolve conflitos psicológicos. Diante dessa problemática, nosso objetivo foi estudar o enfrentamento (coping) frente à vivência da interrupção voluntária e involuntária da gravidez. Especificamente, pretendemos estudar possíveis relações entre o perfil de enfrentamento (coping), o uso de coping religioso e os pensamentos e sentimentos pessoais sobre a vivência feminina do aborto, comparando as situações de interrupção voluntária e involuntária da gravidez. Para tanto, serão entrevistadas mulheres que tenham vivenciado os dois tipos de aborto, selecionadas por método de

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3335-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPÍRITO SANTO - UFES -
CAMPUS GOIABEIRA



Continuação do Parecer: 699.769

amostragem por indicação e que responderão também aos seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

a) Roteiro de entrevista "Re-vivendo a

experiência do aborto", para identificar pensamentos e sentimentos pessoais sobre a vivência feminina do aborto; b) Inventário COPE BREVE, para

avaliar o perfil de enfrentamento diante de situações de estresse. Os dados das escalas serão processados com base nas instruções dos

instrumentos e os dados das entrevistas serão analisados pela metodologia de análise de conteúdo.

Discutiremos possíveis associações entre o

perfil de enfrentamento, as estratégias de coping religioso-espiritual e os pensamentos e sentimentos das mulheres acerca da vivência do aborto.

Palavras-chave: aborto; coping; espiritualidade/religiosidade.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário consiste em estudar o processo de enfrentamento (coping) de mulheres frente à situação de interrupção voluntária e involuntária

da gravidez relacionando os pensamentos e sentimentos experimentados por elas na vivência feminina do aborto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa adotará os critérios previstos na Resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos não sendo descritos riscos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com os proponentes destacam-se: a contribuição para os profissionais da área da saúde que tem a função de acolher a mulher em situação de abortamento. A compreensão da vivência feminina do aborto é de extrema importância para que profissionais de

saúde, a partir desse conhecimento, possam desenvolver uma prática de atendimento mais humanizada à essa mulher. Seguramente, uma prática

humanizada de acolhimento e atenção à saúde física e mental dessas mulheres, pautada no conhecimento e respeito acerca da vivência feminina

do aborto, ajudará a elas elaborarem o luto decorrente da perda e enfrentarem de forma mais resiliente essa condição de vulnerabilidade geradora

de preconceito e estigma. Além disso, dado o contexto de questionamentos a respeito da

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário

Bairro: Goiabeiras

CEP: 29.090-000

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3336-2711

E-mail: thiago.moraes@ufes.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESPÍRITO SANTO - UFES -
CAMPUS GOIABEIRA



Continuação do Parecer: 699.769

legalização da prática do aborto é fundamental conhecer os seus aspectos sociais e psicológicos no sentido de formular políticas públicas apropriadas e que de fato atendam as necessidades das mulheres que recorrem a essa prática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as exigências resolutivas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado e de acordo com as exigências das referidas resoluções.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

VITÓRIA, 26 de Junho de 2014

Assinado por:
Thiago Drumond Moraes
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3336-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br